



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Raquel José Andrade de Sousa Cunha



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Raquel José Andrade de Sousa Cunha

**A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS**

IV Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

Julho de 2018

Resumo

Comunicar é parte integrante da vida, é uma partilha do que somos e do que idealizamos ser. Envolve troca de informações e utiliza sistemas simbólicos como suporte para este fim. A habilidade para estabelecer uma boa comunicação é parte essencial em todas as áreas dos cuidados de saúde. Para existir uma boa comunicação é necessário: criar relações, dar valor à outra pessoa, reduzir o isolamento, recolher informações, transmitir informações, permitir a expressão de sentimentos, reduzir a incerteza. Pensamos muitas vezes que comunicar é apenas transmitir a nossa mensagem, a verdade é que ouvir é tão importante quanto falar, sobretudo em áreas como a saúde.

O reconhecimento destes aspectos, assume especial relevância quando se trata de comunicar uma má notícia, considerada uma das tarefas mais difíceis e complexas que os profissionais de saúde têm que enfrentar no contexto das relações interpessoais com o doente/família.

Neste contexto surge este estudo que tem como principal objectivo conhecer a perspectiva do Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados face à comunicação de más notícias, de modo a suscitar nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolvimento de competências nesta área e contribuir para uma melhor intervenção a este nível.

Metodologia: O estudo insere-se num paradigma qualitativo, de natureza descritiva e exploratória. A estratégia de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada dirigida a Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados na zona norte do país. A análise de conteúdo segundo Bardin (2008) foi a técnica utilizada para o tratamento de dados.

Principais resultados: Os resultados obtidos através da análise dos discursos dos enfermeiros que participaram neste estudo permitiram-nos concluir que estes consideram que uma má notícia é uma informação desagradável, que tem um impacto emocional no doente e nas actividades quotidianas e informação de uma condição diferente. São tipos de más notícias a morte, doença grave, agudização da situação clínica e a perda de autonomia. A comunicação de más notícias gera nos enfermeiros sentimentos como tristeza, ansiedade, angústia, medo, insegurança ou frustração. Várias foram as estratégias referidas pelos profissionais para facilitar a comunicação de más notícias, destacando-se a necessidade de criar empatia, ser objectivo e utilizar um tom

calmo. Como factores que interferem no processo de comunicação de más notícias foram referidos, factores relacionados com o modo de comunicação, com a situação de doença, com o doente/família e com o próprio profissional. A existência de formação contínua na área e reuniões com os familiares foram sugestões apresentadas para melhorar a comunicação de más notícias.

Palavras-chave: Comunicação; Más notícias; Enfermeiro; Cuidados Continuados integrados;

Abstract

Communicating is an integrating part of life, it is a share of what we are and of what we see ourselves as. Involves an exchange of informations and uses symbolic systems as a support for that end. The ability for establishing a good communication is an essential part in all health care areas. For a good communication to exist it's necessary: create relations, give value to other person, reduce isolation, collect informations, transmit informations, allow feelings expression, reduce uncertainty. We think many times that communicating is just transmitting our message, the truth is that listening is as important as speaking, especially in areas as health.

The acknowledge of this aspects, takes on special relevance when it comes to communicating a bad news, considered one of the most hard and complex that the health professionals have to deal with in the context of interpersonal relations with the patient/family.

In this context comes up this study that has as primary objective knowing the Nurse of a Integrated Continued Care Unit perspective facing the communication of bad news, in a way that it will raise in the health professionals the need to develop skills in this areas and contribute to a better intervention to this level.

Methodology: The study inserts in a qualitative paradigm, of descriptive and exploratory nature, being the direct care to the patient prestatng nurses in an Integrated Continued Care Unit in the north area of the country, for at least a year, the target population, excluding the nurses that are on prolonged license situation when the data was collected. For the data collection we used the interview.

Principal Results: The results obtained through the analysis of the speech of the nurses who participated in this study allow us to conclude that they consider that a bad news is an unpleasant information, that as an emotional impact on the patient and in the daily activities and an information of a different condition. Bad news types are death, serious illness, worsening of clinic situation and loss of autonomy. The communication of bad news generates on the nurses feelings like sadness, anxiety, anguish, fear, insecurity or frustration. Several are the strategies referred by the professionals to ease the communication of bad news, highlighting the need to create empathy, being objective and using a calm tone. As factors that interfere in the process of communication of bad news

were referred, factors related to the way of communicating, with the disease situation, with the patient/family and with the professional himself. The existence of continuous formation in the area and reunions with the family members is some of the suggestions presented to improve the communication of bad news.

Key-words: Communication; Bad News; Nurse; Integrated Continued Cares;

“A verdade dói, a mentira mata mas a dúvida tortura”
Bob Marley

Agradecimentos

“O Agradecimento nada mais é que um reconhecimento pelas coisas boas que os outros fazem e pelas oportunidades que a vida oferece a nós, além de ser uma demonstração de humildade é também um incentivo para que as pessoas que nos amam nunca desistam de nós.”

Rodrigo Veninno

Deste modo, cabe-me expressar o meu sincero agradecimento aos meus pais, ao meu marido e á minha amiga-irmã Sofia por todo o empenho, dedicação, disponibilidade, apoio e incentivo que demonstraram nesta fase.

Á minha filha Íris que embora seja pequena, privou da presença da mãe.

Expresso ainda o meu especial agradecimento à Professora Doutora Maria Aurora Pereira e Professora Doutora Manuela Amorim Cerqueira pela disponibilidade, orientação e dedicação.

A todos os intervenientes neste processo

Muito obrigado a todos!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1. Evolução dos Sistemas de Saúde.....	20
2. Filosofia dos Cuidados Continuados Integrados	26
3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	28
3.1 Objectivos e valores da RNCCI	28
3.2 Organização da RNCCI	30
4. O Cuidar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados.....	34
5. A Comunicação e as más notícias em saúde	36
5.1 Competências Básicas de comunicação	37
5.2 Estratégias para uma comunicação eficaz	39
5.3 Do conceito à comunicação de uma Má Notícia	40
5.4 Protocolo de comunicação de más notícias.....	42
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
1. Da Problemática aos Objectivos do Estudo	47
2. Tipo de Estudo.....	48
3. Contexto e Participantes no Estudo	51
3.1 O contexto de Estudo	51
3.2 Os Participantes no Estudo	51
4. Procedimentos de recolha de dados.....	53
5. Procedimento de tratamento de dados.....	54
6. Considerações éticas	55
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
1. Significado de Má Notícia.....	62
2. Tipo de má notícia	63
3. Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros na comunicação de uma má notícia.....	65
4. Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para comunicar uma má notícia.....	67
5. Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias.....	70
6. Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias. .	74
CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES.....	84
Referências Bibliográficas.....	88
ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organização da RNCCI	30
Figura 2 - Significado de Má Notícia para os Enfermeiros – categorias	62
Figura 3 - Tipo de má notícia comunicada pelos Enfermeiros – categorias	63
Figura 4 - Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros na comunicação de uma má notícia – categorias	65
Figura 5 - Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para comunicar uma má notícia – categorias	67
Figura 6 - Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias – categorias e subcategorias	70
Figura 7 - Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias - categorias	74

ANEXOS

Anexo I

Guião da entrevista	93
---------------------------	----

Anexo II

Pedido de autorização para realização do estudo.....	96
--	----

Anexo III

Autorização da Comissão de Ética da instituição à solicitação de realização do estudo.....	98
--	----

Anexo IV

Tabela de redução de dados	100
----------------------------------	-----

Anexo V

Consentimento informado	109
-------------------------------	-----

Abreviaturas e siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

AVD – Actividade de Vida Diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ECCID – Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

MN – Má Notícia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULD – Unidade de Longa Duração

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

É notável os avanços em saúde, sobretudo nas tecnologias dos procedimentos invasivos e na prevenção/tratamento de doenças infecto-contagiosas, esse fato tem originado melhorias relevantes na saúde. Em consequência disso, tornaram-se cada vez mais raros os casos de morte por alguns tipos de doença (Machado [et. al], 2007).

Factores como a redução da taxa de natalidade e mortalidade por doenças infecciosas, o aumento das medidas preventivas em saúde e as práticas de vida saudável têm contribuído para o aumento da expectativa de vida populacional. Em consequência disso, é maior a exposição a factores de risco, levando ao aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e neoplasias (Carboni [et. al], 2007). Contudo, o aumento da expectativa de vida não deve ser confundido com o prolongamento, muitas vezes desnecessário, e tratamentos injustificáveis, com a obstinação terapêutica a qualquer custo (Santos, 2014).

O desenvolvimento natural de cada individuo leva a uma diminuição das capacidades funcionais dificultando ou comprometendo, a realização de Actividades de Vida Diária (AVD). Deste modo, surge a necessidade de cuidados continuados integrados, que se devem constituir um dos elementos integrantes dos sistemas de saúde. O principal objectivo dos cuidados continuados integrados é manter ou recuperar a autonomia de cada indivíduo, de modo a que este obtenha a melhor qualidade de vida possível, podendo ser prestados no domicílio ou a nível institucional (World Health Organization (WHO), 2000).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (p. 3857) define cuidados continuados integrados como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Segundo Pessini (2002), o desenvolvimento e implementação da filosofia dos cuidados continuados integrados é uma grande esperança para a real efectivação de um cuidado digno das pessoas que têm dor e sofrimento crónicos causados por doenças.

É importante frisar que a essência dos cuidados só é efectiva se houver envolvimento da equipa multidisciplinar e uma comunicação efectiva, proporcionando uma assistência harmoniosa e convergente ao indivíduo e à sua família (Pontes [et. al], 2008).

A comunicação é um processo essencial nas relações humanas, e é imprescindível para que se possa obter uma assistência de qualidade. O modo de comunicar uma má notícia pode ter um grande impacto no modo como a pessoa doente irá viver o processo saúde/doença e o seu respectivo tratamento. Se a comunicação for feita adequadamente, pode gerar compreensão, aceitação e ajustamento, caso contrário, se for feita de maneira inadequada pode desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimento (Gonçalves, 2013; Araújo [et. al], 2007). Neste sentido, todos os profissionais de saúde precisam entender e desenvolver a capacidade de comunicar nomeadamente as más notícias (Machado [et. al], 2007).

Na prática dos cuidados de saúde, principalmente direccionadas para o processo de comunicação, são várias as questões éticas que se apresentam aos profissionais de saúde. Por isso, levando em consideração a prática dos cuidados, considera-se que a comunicação de más notícias precisa ser aplicada e treinada por todos os profissionais envolvidos nesse contexto (Bastos [et. al], 2017).

É nesta perspectiva, que emergiram algumas questões que despoletaram a necessidade de realizar este estudo no contexto de cuidados onde exerço a minha actividade profissional: Como são comunicadas as más notícias em cuidados continuados integrados? Os profissionais da área estão preparados para estabelecer uma comunicação adequada?

Assim surge este estudo que tem como objectivo geral, conhecer a perspectiva dos enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados continuados integrados sobre a comunicação de más notícias.

Para dar resposta a este objectivo geral foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Perceber o significado de má notícia para os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Descrever o tipo de má notícia que é comunicada numa unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros quando comunicam uma má notícia numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros mobilizam para comunicar más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar os factores que interferem no processo de comunicação de más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados;

O presente trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos, que descrevem o percurso de investigação. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico e incide sobre a evolução dos sistemas de saúde, a filosofia dos Cuidados Continuados, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) onde abordamos os seus objectivos e valores, o cuidar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados e a comunicação de más notícias que engloba as competências básicas de comunicação, as estratégias para uma comunicação eficaz, o conceito de má notícia, o protocolo de comunicação de más notícias e a perspectiva do enfermeiro sobre a comunicação de más notícias. O segundo capítulo dirige-se para percurso metodológico e contempla a problemática e objectivos do estudo, o tipo de estudo, o contexto e participantes do estudo, os procedimentos de recolha e tratamento de dados e as considerações éticas. No terceiro procederemos à apresentação e análise de dados. No quarto capítulo expomos a discussão de resultados e por fim no capítulo cinco surgem as conclusões do estudo e as perspectivas futuras.

Com este estudo procuramos obter resultados que nos permitam contribuir para melhorar o desempenho dos profissionais nesta área junto da pessoa e família, favorecendo processos de luto bem resolvidos para uma melhor prática de cuidados.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Evolução dos Sistemas de Saúde

A Organização Mundial de Saúde define o Sistema de Saúde como o conjunto de todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que se regem por legislação própria, nomeadamente as Organizações Hospitalar, as Unidades Locais de Saúde, os Centros de Saúde e os Agrupamentos dos Centros de Saúde, sob tutela do membro do governo responsável pelo Sector da Saúde (Marques [et. al], 2008).

Considera ainda esta Organização, que o desenvolvimento económico e social, a escolaridade e as características culturais constituem factores mais importantes para o bem-estar das populações do que propriamente o rácio de profissionais de saúde por habitante. Ou seja, os ganhos em saúde estão directamente relacionados com melhorias nas condições de vida das populações, e não exclusivamente dependentes quer do avanço da ciência, quer dos meios afectados (OMS, 2000).

Com populações com expectativas cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, os governos encontram dificuldades em gerir o crescimento nos orçamentos saúde. Os modelos de sistemas de saúde que hoje existem nos países da Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Económico resultam das tentativas de resposta por parte dos governos, às grandes necessidades em cuidados de saúde da população (Louro, 2009).

Existem dois princípios fundadores do Estado de Bem-Estar que têm sido partilhados por muitos países:

- O princípio da solidariedade (redistribuição): pagar de acordo com o rendimento, para receber de acordo com as necessidades;
- O princípio da previdência: ir pagando no decurso da vida, enquanto se está bem, para receber quando se está doente, mais idoso e frágil.

Estes princípios responderam eficazmente aos desafios que se colocaram no mundo ocidental durante grande parte do último século. Porém, a partir da última década e meia do século passado, a realidade mudou significativamente. O acelerado crescimento da procura e da oferta de cuidados de saúde, potenciando-se reciprocamente, e a inversão da pirâmide etária, face ao aumento da longevidade e à redução da natalidade, põem em causa os princípios e, com eles, o modelo. (Simões, 2004).

Os sistemas organizados de saúde surgiram no final do século XIX, com a Revolução Industrial, que introduziu novas dinâmicas sociais e novos problemas de saúde e sociais. Surgem como resposta aos problemas de saúde num período onde a

produtividade laboral começa verdadeiramente a ser valorizada e onde se constata que acidentes de trabalho e doenças transmissíveis eram factores limitativos de produtividade (OMS, 2000).

A constatação do impacto de doenças em ambiente de guerra, em particular na altura da guerra da Crimeia, a guerra de secessão dos EUA e a guerra dos Boers, onde os militares sucumbiam em maior número na sequência das doenças propagadas a partir dos campos de batalha do que propriamente em resultado directo dos combates, contribuiu também para o surgimento de sistemas organizados de saúde (Simões, 2004).

A crescente influência dos movimentos socialistas na Europa desempenhou um papel de alavanca para o desenvolvimento de sistemas de saúde e de segurança social. Neste domínio assume particular destaque o governo de Bismarck, na Alemanha, ao retirar aos sindicatos a gestão dos nascentes seguros de doença que lhes permitia cativar apoios e associados adoptando, em 1883, uma lei inovadora em todo o mundo, que obrigava os empregadores a contribuir para um esquema de seguros de doença em favor, primeiro, dos trabalhadores mais pobres e, num segundo momento, alargado a trabalhadores de rendimentos mais elevados (*idem*, 2004).

Nascia assim o primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado, que levaria, em momento posterior, à criação de um sistema de seguros obrigatórios que cobria os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura. A popularidade deste quadro junto dos trabalhadores levou à sua expansão, com a Bélgica a adoptar uma lei semelhante em 1894 e a Noruega em 1909 (OMS, 2000).

As circunstâncias próprias de um ambiente de guerra, e a particular vivência dos britânicos da Segunda Guerra Mundial, terão desenvolvido um sentimento de solidariedade entre o povo britânico determinante na concepção e definição de um novo modelo de saúde e de segurança social. A partir da solidariedade nacional reforçada com a guerra, nasce a necessidade de um serviço de saúde para toda a população. Uma responsabilidade do Estado que lhe impõe uma intervenção determinante nas políticas de saúde. O relatório Beveridge, de 1942 define, então, os serviços de saúde como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável de Segurança Social na Grã-Bretanha, cobrindo uma gama completa de riscos, desde o nascimento à morte, e integrando, ainda, as situações de exclusão social. Trata-se portanto de um sistema universal, unificado e uniforme. Universal porque abarca toda a população. Unificado porque a quotização cobre o cidadão em relação a todos os aspectos de risco social.

Uniformes porque as prestações são independentes do rendimento auferido (Simões, 2004).

No Reino Unido o sistema ganha forma de lei através do NHS ACT de 1946, cuja implementação, em 1948, instala o National Health Service.

Esta lei vai influenciar, ao longo de décadas, a organização de outros sistemas de saúde em cinco aspectos nucleares:

- O Estado é o responsável pela saúde dos seus cidadãos, a quem deve proporcionar cuidados gratuitos;
- Princípio da globalidade dos cuidados;
- Princípio da universalidade;
- Princípio da igualdade;
- Princípio da autonomia profissional, em especial a autonomia clínica (Allsop, 1995; Simões, 2004).

Para se compreender a evolução do sistema de saúde português e o seu contexto actual é conveniente ter uma perspectiva histórica dos últimos sessenta anos. Onde é possível identificar seis períodos principais (1945 – 1967; 1968 – 1973; 1974 – 1984; 1985 – 1994; 1995 – 2001; a partir de 2002) (Simões, 2004; Biscaia [et. al], 2005).

No **período de 1945-1967** há uma reduzida intervenção do Estado no sector da Saúde Pública, sendo a responsabilidade pela assistência na doença das famílias, das Instituições privadas e dos serviços Médico-Sociais da Providência. Nos anos 30, a Lei, obrigava a ter seguros sociais para defender o trabalhador na doença, na invalidez e no desemprego. É também neste período de pós-guerra (Mundial e Colonial), onde as condições sociais e sanitárias do país se agravam, que aparecem vários Institutos para fazer face à situação (Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, Instituto Maternal e o Instituto de Assistência à Família), que se reformula a organização e o funcionamento dos hospitais, que é criado o Ministério da Saúde e Assistência e a Direcção Geral dos Hospitais, com o objectivo de coordenar e fiscalizar os estabelecimentos de saúde. Também os médicos da região de Lisboa, com a colaboração da ordem dos Médicos, defendem a necessidade da organização de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Louro, 2009).

No **período de 1968-1973**, marcado pela chamada “Primavera Marcelista”, emergem algumas mudanças, das quais ressaltam:

- Extensão da Providência à população rural;
- Criação da ADSE para os funcionários públicos;
- Aparecimento de dois Decreto-Lei no domínio da estrutura e organização dos Hospitais:
 - Decreto-Lei nº48357/68 de 27 de Abril que cria o Estatuto Hospitalar;
 - Decreto-Lei nº48358/68 de 27 de Abril que cria o regulamento geral dos hospitais com o objectivo de uniformizar a orgânica de funcionamento de todos os hospitais do país e as carreiras para o pessoal médico, de enfermagem, de administração e da farmácia.
- Surgimento dos Centros de Saúde. (Decreto-Lei nº413/71 de 27 de Setembro).

Neste período surgem as bases da reforma que estabelecem os fundamentos de um SNS, com os seguintes princípios:

- Reconhecimento do direito à Saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar;
- Política Unitária de Saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- Integração de todas as actividades de Saúde e assistência a nível local e regional;
- Planeamento central e descentralização na execução (Louro, 2009).

Segue-se depois o **período de 1974-1984**, período marcado pela Revolução de Abril de 1974 e pelo fim da guerra colonial de África (retorno de muitos portugueses, entre eles muitos profissionais de saúde) e pela evolução demográfica do país com um processo de envelhecimento e de alterações na estrutura familiar. As despesas de saúde aumentaram e atingem 3,2% do produto interno bruto. Desta realidade, resultam:

- A criação do Serviço Médico à periferia, que obriga os médicos recém-licenciados a trabalhar fora dos centros urbanos, melhorando a assistência médica nas zonas rurais;
- Aprovação da Lei do Sistema Nacional de Saúde em 1979;
- Criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários em 1984, com a extinção da Direcção-Geral de Saúde e os Serviços Centrais dos serviços médico – sociais, bem como uma série de Institutos.

O entendimento pluridisciplinar e multisectorial dos problemas da saúde e a necessidade de cooperação intersectorial começam a constituir-se como ideia-chave no desenvolvimento de uma estratégia da “saúde para todos”, desenhada pela Organização Mundial de Saúde na década de 80 (OMS, 2000).

De 1985 a 1994, começa uma nova época para o SNS. Período marcado pela adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, em 1986. Assiste-se a um crescente aumento do número de hospitais e a uma procura crescente dos serviços de urgência por parte dos utentes. As dificuldades no financiamento do SNS começam a ter eco no edifício legislativo. A revisão da Constituição de 1989 transforma a saúde gratuita de 1976 numa saúde « tendencialmente gratuita ». A Lei de Bases da Saúde, aprovada em 1990, divide responsabilidades. Aumentam os contractos do Serviço Nacional de Saúde com o sector privado e a medicina privada entra nos hospitais públicos. Dá-se início à primeira experiência de concessão da gestão de um hospital público a uma entidade privada, incentiva-se com benefícios fiscais a contratualização de seguros de saúde e são introduzidas as taxas moderadoras (Louro, 2009).

De 1995 a 2001 segundo o mesmo autor é apresentada e desenvolvida a primeira estratégia de saúde para Portugal para o período 1998-2002. É dada uma grande atenção à gestão do sistema, com maior flexibilidade e autonomia, e são criadas novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde.

Em 1999 é aprovada a legislação que cria os centros de saúde de terceira geração, que são dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa, técnica e financeira. Contempla a organização por equipas em unidades tecnicamente autónomas mas interligadas. Neste ano é também criado o Instituto da Qualidade em Saúde, com o objectivo de definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos que visam a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Entretanto as despesas com a saúde aumentam para 4,6% do Produto Interno Bruto (*idem*, 2009).

Louro (2009) afirma que a **partir de 2002** inicia-se um novo ciclo político. É apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, caracterizado como o instrumento que define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrado e facilitado na coordenação dos múltiplos factores que contribuíram para a saúde.

Os modelos de sistemas de saúde decorrem, em larga medida, das respostas que a política foi dando face à evolução das sociedades e às dinâmicas por ela impostas. Os sistemas de saúde e de segurança social registaram grandes níveis de progresso com o forte crescimento económico do pós-guerra. Começaram a reclamar reformas quando as

taxas de crescimentos se retraíram e levantaram questões do seu financiamento. É esta a realidade actual. Realidade que impõe uma gestão responsável e criteriosa dos recursos, que implica novos paradigmas e que impõe novas responsabilidades a governantes e cidadãos (*idem*,2009).

Por fim, com o aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, foi necessário, por parte do governo, introduzir na área do Serviço Nacional de Saúde um conjunto de respostas que visassem responder às necessidades da população. Com este intuito, e através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, foi criada a RNCCI com o principal objectivo de fazer face à carência de respostas para o aumento da prevalência de pessoas com incapacidade, patologia incurável, crónica múltipla ou em fase final de vida.

2. Filosofia dos Cuidados Continuados Integrados

A mudança populacional no mundo resultou em alterações no quadro de morbilidade/mortalidade da população, caracterizado pelo aumento da incidência de doenças crónicas. De acordo com a World Health Organization (WHO) (2005), a problemática do aumento das doenças crónicas é tão grande, que se estima que, em 2020, 80% do peso da globalidade das doenças nos países em vias de desenvolvimento seja devido a problemas de saúde crónicos.

Deste modo, estas transformações implicaram uma mudança profunda nas estruturas organizacionais de saúde, que engloba, não só a evolução tecnológica, como novas filosofias na prestação de cuidados, criando-se unidades de cuidados continuados integrados que aplicam novas formas de gestão da doença crónica. O Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho, de orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência que vigorou até Março de 2005, orientava o modelo dos cuidados continuados. Deste modo, existiam três tipologias de respostas: unidades de internamento (indiferenciadas); unidade de recuperação global e unidade móvel domiciliária. Estas duas últimas modalidades nunca foram desenvolvidas (Sá, 2014).

Com a criação de um grupo de trabalho constituído por representantes das Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social no ano de 1996, pretendeu-se a criação de condições para uma intervenção articulada da saúde e da acção social para as pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sociofamiliares em que se inserem (*idem*, 2014).

Sá (2014), refere que foi assim estabelecido como objectivo a criação de um modelo de intervenção, com o envolvimento de parceiros e racionalização de recursos, que visa promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e reforçar as capacidades dos familiares para lidarem com as diferentes situações sem, no entanto, descurar a hipótese de um recurso a uma unidade de internamento com o objectivo de reabilitação e promoção da autonomia. Como grupos alvo foram definidos: cidadãos que se encontrem em situação de isolamento geográfico; cidadãos que padeçam de doenças crónicas e/ou sequelas derivadas de patologias cardiovasculares ou respiratórias, por exemplo; cidadãos portadores de doença física e/ou mental; cidadãos com alta hospitalar, mas que necessitem de cuidados de saúde continuados; cidadãos com apoio

inexistente ou insuficiente durante o dia; e ausência de respostas adequadas à situação de doença do cidadão.

Em suma e segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (artigo 6º, alíneas a-j)) a filosofia dos cuidados continuados integrados, assenta nos seguintes princípios:

- Prestação de cuidados individuais e humanizados ao indivíduo em situação de doença;
- Continuidade de cuidados entre os diversos níveis de cuidados de saúde, sobre orientação e coordenação da Rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidade e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação de cuidados;
- Intervenção multidisciplinar;
- Definição de objectivos que visam a funcionalidade e autonomia dos doentes;
- Promover, manter ou recuperar a funcionalidade ou autonomia do doente;
- Garantir a participação do doente, família ou representante legal na elaboração do plano individual de intervenção, e o respectivo encaminhamento dentro da rede e do sistema nacional de saúde;
- Promover a participação e co-responsabilização da família na prestação de cuidados;
- Garantir qualidade e eficiência na prestação de cuidados.

Por fim, os cuidados continuados integrados assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção da saúde, entendidos como um processo activo e contínuo, por um período que se prolonga para além do necessário para o tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a reabilitação, a readaptação, a reintegração social, bem como a provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Ministério da Saúde, 2016). É a RNCCI que gere as situações apresentadas encaminhando o doente para os cuidados que melhor se adequam á sua situação clinica actual.

3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. A RNCCI, inserida no SNS, prevê-se articulada com os cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e com a Segurança Social, estabelecendo um novo nível intermédio e transversal de cuidados de saúde e de apoio social, com intervenção entre os níveis de base comunitária e os de internamento hospitalar. As motivações políticas nacionais, para o investimento na RNCCI, encontram-se na pressão para melhorar a eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares; na pressão para reduzir as taxas de crescimento da despesa com o SNS; no aumento exponencial do número de idosos e, consequentemente, de pessoas em situação de dependência ou perda de funcionalidade; no aumento das escolhas disponíveis para o cidadão e reforço da sua liberdade de escolha; e na existência de tecnologias que facilitam a integração dos processos em diversos níveis de cuidados, incluindo os cuidados domiciliários (Moura, 2014).

A RNCCI, que se afigura como uma nova concepção de cuidados continuados, constituída por um conjunto de instituições que englobam o sector público e o privado, com o objectivo de prestação de cuidados continuados e apoio social, tendo o estado como principal incentivador, constitui assim um novo nível intermédio de Cuidados de Saúde e Apoio Social. A RNCCI possui um modelo de financiamento próprio determinado pelo Ministério do Estado e das Finanças e o do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Sá, 2014).

3.1 Objectivos e valores da RNCCI

As premissas subjacentes à criação deste modelo de cuidados continuados residem na necessidade de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica; na necessidade de melhores serviços de apoio à reabilitação no pós-internamento hospitalar; na diminuição do internamento desnecessário, diminuição do recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado e dos reinternamentos hospitalares; e na necessidade de aumentar a capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação e da promoção da autonomia. A RNCCI preconiza uma mudança na concepção da prestação de cuidados, situando as pessoas, as suas famílias e as suas necessidades de cuidados no centro da atenção dos profissionais de saúde e de apoio social, tornando a prestação de cuidados individualizada e humanizada (Moura, 2014).

A actuação deve ser multidisciplinar de forma a garantir a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede. E todos os cuidados prestados devem ser equitativos, responsáveis e proactivos, personalizados, dinâmicos, eficientes e baseados na melhor evidência científica disponível. Esta visão implica o envolvimento de cada um dos intervenientes – profissionais, doente, família ou responsável legal e cuidadores – pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados (*idem*, 2014).

Moura (2014), afirma que a RNCCI tem definido o modelo de gestão de doentes através dos critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, e os critérios de exclusão da RNCCI. O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das Equipas de gestão de altas, na sequência de diagnóstico da situação de dependência. Os cuidados continuados devem estar integrados na prática normal dos cuidados, pois uma integração mais precoce previne “distress” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas, mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes, optimizando o conforto, função e suporte social aos doentes e familiares mesmo quando a cura não é possível (*idem*).

Em suma, o objectivo geral desta rede, de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (p. 3858) é a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontre em situação de dependência”.

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados têm ainda como objectivos específicos, segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (artigo 4º, alíneas a-g):

- A prestação de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social garantindo a melhoria das condições de vida e bem-estar do ser humano em situação de dependência;
- Proporcionar a manutenção das pessoas em risco ou com perda de funcionalidade no domicílio, mediante apoio domiciliário;
- Apoio, acompanhamento e internamento adequado à situação da doença da pessoa;
- Melhoria da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social;
- Apoio a familiares ou prestadores de cuidados informais, de modo a promover a qualificação na prestação de cuidados;

- Articular e coordenar em rede de cuidados diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- Prevenir lacunas de serviços e equipamentos, com o objectivo de progressivamente cobrir as necessidades das pessoas em situação de dependência ao nível dos cuidados continuados e paliativos.

Podemos assim considerar que os cuidados integrados no SNS pretendem uma recuperação global ou a manutenção do estado de saúde do indivíduo, apresentando-se deste modo como um processo activo e contínuo que vai para além da fase aguda da doença. O Decreto-Lei nº 101/2006, refere ainda que este nível de cuidados de saúde visa reabilitar, readaptar e reintegrar a nível social o indivíduo, assim como a manutenção do conforto e qualidade de vida em situações irrecuperáveis (Sá, 2014).

3.2 Organização da RNCCI

A Prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta representados no seguinte diagrama. (Figura 1)

Figura 1 - Organização da RNCCI



Constituem unidades de internamento, as Unidades de Convalescência (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). (Ministério da Saúde 2016)

Unidade de Convalescença (UC) - para internamentos até 30 dias

Estas unidades destinam-se a pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento duma doença ou deficiência crónica, que já não precisam de cuidados hospitalares, mas requerem cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não podem ser prestados no domicílio.

A Unidade de Convalescença assegura cuidados médicos e de enfermagem permanente, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de medicamentos, cuidados de fisioterapia, apoio psicológico e social, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) – para internamentos com duração entre 30 e 90 dias

São direccionadas a pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. A UMDR assegura cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de medicamentos, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) - para internamentos com mais de 90 dias seguidos

Para pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou na instituição ou estabelecimento onde residem. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnem e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. A ULDM pode ter ainda internamentos com menos de 90 dias (máximo 90 dias por ano) quando há necessidade de descanso do cuidador principal.

A ULDM assegura actividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, prescrição e administração de medicamentos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto, alimentação e apoio no desempenho das actividades da vida diária.

Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) - não existe período limite de internamento

Para doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, devido a uma doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. A Unidade de Cuidados Paliativos assegura cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de medicamentos, cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, actividades de manutenção, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

São **Unidades de Ambulatório** as Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, estas destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujo as condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia.

Relativamente às **Equipas Hospitalares**, estas são constituídas pelas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos que têm como finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital. Constituem-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos e pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) que são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja actividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade para os seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

Por sua vez, as **Equipas Domiciliárias** designadas de Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários (ECCID) destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional ou doença terminal, com rede de suporte social, que não precisem de ser internadas mas que não possam deslocar-se de forma autónoma. As ECCID asseguram cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos), cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio no desempenho das actividades da vida diária.

Esta equipa da RNCCI, deve desejavelmente, incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, não só em contexto domiciliário, mas também nas unidades de

internamento de Reabilitação e Manutenção, assumindo-se assim, para além das atribuições descritas, como uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

A RNCCI tem definido o modelo de gestão de doentes através dos critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, e os critérios de exclusão da RNCCI. O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das Equipas de Gestão de Alta (EGA), na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

A EGA é um elemento central na articulação dos recursos intra e extra hospitalares, e é constituída por elementos da área de enfermagem, médica e serviço social. Compete à EGA facilitar a identificação e avaliação precoce dos doentes que requeiram cuidados continuados integrados, apresentar proposta à Equipa Coordenadora Local (ECL) tendente à admissão do doente na RNCCI, recomendando opções para a continuidade de cuidados, que vão de encontro às necessidades identificadas e garantir apoio e acompanhamento aos doentes e família, durante todo o processo de planeamento de alta.

4. O Cuidar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Como referido anteriormente a RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho com o principal objectivo de fazer face à carência de respostas para o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estas doenças traduzem-se assim num aumento do grau de incapacidade dos doentes, com patologia incurável, crónica múltipla ou em fase final de vida. Tendo em vista uma sociedade cada vez mais solidária e justa, face aos problemas crescentes que enfrenta, estes meios criados ao nível dos cuidados de saúde pretendem ajustar os diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, e deste modo, de acordo com o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, promover a funcionalidade do indivíduo, prevenindo e adiando as incapacidades. Para além de ser uma resposta a situações de doença, a criação da rede constitui em grande parte uma resposta social, funcionando também como uma vertente facilitadora da autonomia e participação dos destinatários dos cuidados e ao mesmo tempo como promotores da intervenção e aquisição de competências por parte dos familiares. Podemos assim considerar que a RNCCI visa fundamentalmente melhorar a funcionalidade dos doentes, tendo como objectivos reabilitar, readaptar e reintegrar, sempre com o principal objectivo de conforto e qualidade de vida dos doentes.

Segundo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (p.3857, artigo 3º, alínea a), os cuidados continuados integrados são “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade de pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Assim, este Decreto-Lei acrescentou algumas definições que são fundamentais para a criação desta resposta ao nível dos cuidados de saúde. Salientando a questão da dependência que está inerente à situação do indivíduo referenciado e que, de acordo com o mesmo decreto, se trata de uma situação em que a pessoa se encontra, por falta de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultado ou agravado por um processo de doença, e que face à ausência ou insuficiência de apoio familiar é incapaz de realizar as actividades de vida diária (Sá, 2014).

A prestação de cuidados continuados integrados tal como em outras áreas de cuidados de saúde exige, uma intervenção multidisciplinar, onde os profissionais das várias áreas da saúde elaboram um Plano Individual de Intervenção (PII) para cada doente. Este plano contém um conjunto de objectivos e intervenções comuns. Cada intervenção é de extrema importância uma vez que este conjunto de intervenções

contribuem para atingir os objectivos delineados para posteriormente ser possível uma reintegração do doente na sociedade, minimizando a sua dependência e potenciando ao máximo as suas capacidades, permitindo sempre que possível o regresso ao seio familiar.

A comunicação é uma das habilidades que devem ser usadas pelo enfermeiro, para que ele possa expandir a habilidade de aprender as mensagens implícitas ou explícitas que permeiam a sua relação com o doente e os familiares.

5. A Comunicação e as más notícias em saúde

A comunicação é um processo que envolve a troca de informações entre dois ou mais interlocutores. Trata-se de um processo social primário, que permite criar e interpretar mensagens que provocam uma resposta.

A comunicação é intrínseca ao comportamento humano e permeia todas as suas acções no desempenho de suas funções. Etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare*, que significa pôr em comum. Assim, a comunicação pode ser compreendida como uma técnica de trocas e de compreensão de mensagens, emitidas e recebidas, mediante as quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos. A comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, porquanto o emprego eficaz desse recurso é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que deles necessitam. Uma comunicação adequada é considerada um método fundamental para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher, empaticamente, as necessidades do paciente, bem como de seus familiares (Andrade [et. al], 2013).

De acordo com Nunes (2016, p.45), a Comunicação “é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afectos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos.”

Note-se que o direito a informação é um dos direitos salvaguardados na Constituição da República: “Todos têm o direito de (...) ser informados, sem impedimentos nem discriminações” (artigo 37.º, n.º1); está contemplado no Código Civil: “Sempre que o titular de um direito tenha dúvida fundada acerca da sua existência ou do seu conteúdo e outrem esteja em condições de prestar as informações necessárias” (artigo 573.º); aparece no Código Penal, como dever de esclarecimento que “abrange o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências de intervenção ou do tratamento” (artigo 157.º); faz parte da Lei de Bases da Saúde: os utentes têm direito a “ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (alínea e, n.º1, Base XIV)” (Nunes 2016, p.47).

5.1 Competências Básicas de comunicação

A “boa” comunicação é importante porque, permite a definição de um diagnóstico mais abrangente, a detecção de “distress” emocional no doente e o desenvolvimento de uma resposta mais apropriada por parte deste. Para além disso, os doentes satisfeitos com os cuidados que lhe são prestados apresentam-se menos ansiosos em relação a outros problemas, tornando-se evidente o efeito positivo que uma comunicação eficiente pode desenvolver até na própria condição física destes (Ribeiro, 2013).

A empatia que se estabelece no processo comunicacional é para além de um dever para o enfermeiro, uma exigência para o doente e a sua família. Aqueles a quem o enfermeiro se dirige esperam que a comunicação seja uma aliada e não um entrave em prol do estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda (Barbosa & Neto, 2006).

Qualquer enfermeiro deve assumir como premissa que a pessoa doente tem o direito de saber qual o seu estado de saúde, respeitando as suas opções e a sua sensibilidade. É a ele quem cabe decidir o que quer saber, quando quer saber e como, é a ele também que compete indicar a quem poderão ser transmitidas as informações, caso este as recuse (Ribeiro, 2013).

É impensável estabelecer-se uma verdadeira relação terapêutica se a comunicação estabelecida não for eficaz. O profissional de saúde sabe que essa é uma condição imprescindível para uma prestação de cuidados personalizada. Qualquer contacto estabelecido com o doente deve incidir numa base de delicadeza, consideração, respeito e comunicação útil. Quando os doentes obtêm as respostas que pretendem, estabelece-se um clima de confiança com a equipa de enfermagem e a interação entre ambos é positiva. Os doentes sentem-se mais livres e dispostos a colaborar e cooperar com os enfermeiros (*idem*, 2013).

O acto de comunicar não é só responsabilidade de uma pessoa mas sim de toda a equipa, devendo assumir-se como um acto conjunto em prol do maior benefício para o doente e sua família (Pimenta [et al], 2006).

É necessário referir que não há uma única forma correcta de comunicar até porque o tempo para o fazer pode determinar o maior ou menor sucesso da intervenção. O interesse do acto de comunicar reside precisamente na sua infinita flexibilidade (Fielding, 1995).

É importante que o enfermeiro reconheça a diferença entre analisar, comentar e opinar. Enquanto a primeira implica uma atitude de reflexão orientada mais para o futuro,

as restantes implicam uma postura imediata, com repercussão no presente (Ribeiro, 2013).

Uma informação adequada, correcta, suportável, transmitida no momento certo e pela pessoa competente pode induzir na pessoa doente efeitos positivos e uma maior capacidade de adaptação a todo o processo desconhecido. Assim, de acordo com Eliziari [et. al], 2007), podem ser definidos como princípios básicos de comunicação em Cuidados de Saúde:

- O reforço da confiança na família e na equipa de saúde;
- O desvanecimento de dúvidas e incertezas;
- O facilitar que o doente decida por si a adesão ou a recusa a certos tratamentos que ele possa considerar inapropriados ou fúteis;
- A possibilidade de resolver assuntos pessoais e familiares pendentes;
- Enfrentar a conspiração do silêncio;
- Atenuar o efeito de possíveis ameaças (quer no domínio físico quer psicológico);
- Reduzir o medo e a ansiedade;
- Aumentar a cooperação, facilitando o alcance de uma morte digna.

Para que o processo de comunicação se faça de forma adequada, devem os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, serem capazes de analisar e compreender os sentimentos dos outros, sem se deixarem influenciar pelos seus próprios valores, ideias e convicções (reflexão de sentimentos). Devem também ser dotados de uma capacidade de escuta activa – escutar implica estar desperto, activo, formular perguntas e analisar respostas. É necessário escutar aquilo que o doente diz, como diz e o que omite, não esquecendo que muitas vezes o silêncio é mais eloquente que as próprias palavras. A compreensão empática é uma outra característica que deve estar presente no enfermeiro. Para efectivar a relação de ajuda, o profissional deve procurar colocar-se no lugar do outro, analisando a situação segundo os valores daquele a quem os cuidados são dirigidos (Ribeiro, 2013).

O enfermeiro deve também ser capaz de analisar a reacção do doente durante o processo de comunicação (feedback). O feedback é um processo que permite determinar a eficácia da comunicação. O feedback e o coaching devem constituir uma equipa inseparável, cujo único objectivo assenta na melhor clarificação possível do que é transmitido (*idem*, 2013).

Dado o elevado número de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, a comunicação deve ser estruturada segundo a mesma base para não existirem incongruências, só assim poderá desenvolver-se um papel essencial e coadjuvante na maximização de efeitos terapêuticos, minimizar a confusão e facilitar um coerente sistema de cuidados (Doyle, 2005).

5.2 Estratégias para uma comunicação eficaz

Para que a comunicação estabelecida seja válida é necessário que ocorra um investimento relacional por parte de todos. A expectativa de sucesso será tanto mais elevada quanto mais explorada for a realidade. É importante reconhecer que existem barreiras no processo comunicacional assim como situações problemáticas frequentes e é necessário que cada profissional invista na sua formação, adoptando estratégias eficazes para uma comunicação plena. Se a informação carece de rigor, objectividade e verdade pode desenvolver no doente ou na família um efeito mais nefasto do que a própria ausência de informação, suscitando dúvidas, receios e angústias. Por outro lado, se o enfermeiro adopta uma atitude paternalista com o doente, este último pode sentir-se inferior e este sentimento pode impedir a partilha de dados pertinentes e facilitadores para o estabelecimento de uma relação de cumplicidade e ajuda mútua (Barbosa & Neto, 2006).

Segundo Sousa (2009): Para que a comunicação seja mais eficaz, pode-se recorrer a certas regras:

- **Definição** – antes de desenvolver as ideias, é necessário definir claramente os conceitos;
- **Relevância** – é necessário que as palavras escolhidas para dar corpo à mensagem reflectam exactamente o que se pretende transmitir. Terá de existir uma articulação entre o conteúdo da mensagem e os conhecimentos que a pessoa já possui sobre determinado assunto;
- **Sinceridade** – consiste em reduzir as ideias aos termos mais simples. Economizar palavras e recorrer a uma linguagem sincera facilitam claramente a percepção daquilo que se comunica;
- **Comparação e contraste** - permitem identificar semelhanças e diferenças recorrendo a metáforas, modelos, analogias;
- **Repetição** – é particularmente importante na comunicação oral e consiste em enfatizar a ideia central que se pretende comunicar.

Os obstáculos à transmissão de informação em contexto de saúde podem ter origem quer no doente, quer no enfermeiro. Assim torna-se importante identificá-los e contorná-los. A ausência de questões por parte do doente, constitui um dos principais obstáculos, pois o enfermeiro não tem o feedback relativamente ao fato da informação transmitida ser ou não a mais adequada e se o doente fica mais ou menos informado. A experiência profissional pode ser também um obstáculo, pois esta não é sinónimo de maior competência a nível de comunicação. Um outro obstáculo à comunicação é o desacordo entre o doente, que pretende ter o máximo de informações relativamente à sua saúde e o profissional de saúde que se mostra relutante a fornecer certos dados, pois estima que podem ser indutores de ansiedade no doente. O tipo de linguagem utilizada é também um obstáculo muito frequente a uma comunicação eficaz. Uma linguagem tecnicista, linguagem própria aos profissionais de saúde dificultam a compreensão da mensagem transmitida e podem gerar angústia no doente e na família (Ribeiro, 2013).

De forma simples e objectiva pode afirmar-se que a comunicação é eficiente quando a mensagem transmitida pelo emissor é recebida e assumida pelo receptor. Se tal acontece, significa que as interferências exteriores foram minimizadas de tal forma que não constituíram um entrave ao estabelecimento de uma eficaz partilha de informação (Pereira, 2008).

Ribeiro (2013) refere ainda que tornar a comunicação uma área de investimento pessoal e de formação para os enfermeiros deverá ser uma prioridade, pelo que o aprofundamento desta área deverá constituir um investimento seguro do enfermeiro actual.

5.3 Do conceito à comunicação de uma Má Notícia

Entende-se por notícia, a exposição de certa ocorrência ou a informação sobre algo ou alguém (Porto Editora, 2009). Por má notícia designa-se qualquer informação que vai alterar a expectativa da pessoa em relação a algo, contribuindo para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes.

O aumento da esperança média de vida associada ao avanço científico na área da Saúde é indutor de uma quase ideia de imortalidade, contrasta com a obrigatoriedade do profissional em transmitir más notícias, acabando este por negligenciar esta vertente da formação, atitude que pode ser classificada como uma fuga ao reconhecimento de que nem tudo está nas mãos da Ciência (Ribeiro, 2013).

Na área da saúde, “A má notícia pode englobar um diagnóstico severo (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou

uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa” (Elizari [et. al], 2007, P. 461).

Esta temática tem sido cada vez mais debatida no âmbito da saúde, uma vez que o paradigma da relação profissional e doente tem vindo a evoluir e é reconhecido que é preciso desenvolver competências na relação e na informação. Cabe ressaltar que a informação dada à pessoa doente deve ser disponibilizada de acordo com a sua capacidade de compreensão e de apropriação (Nunes, 2016).

Os enfermeiros ao assumirem um contacto prolongado e privilegiado com o doente são, muitas vezes, os transmissores da má notícia devendo esta situação ser revestida de seriedade, repetindo a informação tantas vezes quantas as necessárias para que possa ser percebida, assimilada e aceite (Allen & Brock, 2000).

Os profissionais de saúde devem cuidar da pessoa doente, através do diálogo e da responsabilidade, agindo sempre pensando no verdadeiro interesse da pessoa. Assim, dizer a verdade e respeitar o outro são atitudes fundamentais para que o doente se sinta seguro e apoiado no seu processo de doença (Nunes, 2016).

A comunicação de más notícias “pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde – por exemplo, relacionadas com o que dizer, como, quando, onde, com quem, por isso há que desenvolver estas competências de deliberação ética e de informação e comunicação dos profissionais de saúde e na prática clínica” (*idem*, 2016, p.52).

O treino destas competências é deveras importante para que a comunicação da má notícia seja dada com sinceridade, prudência e de forma progressiva, gradual e suportável, tendo sempre em conta as condições emocionais em que se encontra o doente/família. É essencial que os profissionais de saúde percebam que os sinais não-verbais transmitidos pelo paciente permitem a identificação e interpretação do estado emocional em que se encontra o doente e indicam até onde se pode ir naquele momento (Araújo e Silva, 2007).

Tendo em conta o referido anteriormente, para comunicar uma má notícia é necessário que o profissional demonstre empatia e carinho através dos seus comportamentos e sinais verbais e não-verbais. Aspectos como a expressão facial, o contacto visual, a distância adequada e o toque nas mãos, braços ou ombros ajudam a demonstrar empatia e oferecer apoio e conforto. É muito importante que o doente/família sinta que, por pior que seja a sua situação, pode encontrar no profissional de saúde confiança e conforto (*idem*, 2007).

Quando a comunicação da má notícia não é dada ao doente ou à família, surge uma problemática ainda bastante vivenciada nos dias de hoje: a conspiração de silêncio. Esta caracteriza-se pela “ocultação a uma pessoa, por parte dos profissionais de saúde, familiares, amigos, sobre a sua situação concreta (habitualmente o prognóstico e o diagnóstico) ou a gravidade da situação de saúde” Deste modo, na conspiração de silêncio as mensagens transmitidas são ambivalentes, verificando-se um discurso verbal optimista e centrado em assuntos diversos e superficiais podendo ser contraditório em relação à linguagem não-verbal (Nunes, 2016, p.50).

Esta atitude é muitas vezes tomada pelos profissionais e familiares, por considerarem que poderão aumentar o sofrimento da pessoa doente evitando, por isso, falar sobre a morte. É de igual modo comum que a pessoa doente recuse falar da sua condição para proteger as pessoas que lhe são mais queridas. Cria-se, assim, uma espécie de isolamento emocional: de um lado, o paciente, e do outro, a família, todos com sentimentos, dúvidas e anseios semelhantes, porém não compartilhados.

5.4 Protocolo de comunicação de más notícias

Comunicar más notícias pressupõe dificuldades acrescidas e a capacidade para uma adaptação constante a novas fracções de uma realidade infeliz. Ninguém dá uma má notícia de ânimo leve sem que isso o afecte em maior ou menor profundidade. Felizmente, o avanço dos conhecimentos nesta área permitiu a estruturação de protocolos facilitadores deste tipo de intervenção (Ribeiro, 2013).

Um dos protocolos existentes que vamos explorar de seguida é o protocolo de Buckman (1994), que pressupõe etapas consecutivas que não devem ser ultrapassadas sem que a anterior esteja terminada. Tendo em conta o protocolo mencionado, a comunicação da má notícia engloba seis fases: a primeira visa assegurar um contexto físico adequado; a segunda caracteriza-se por perceber o que é que o doente sabe sobre a sua doença; a terceira pauta-se por entender até que ponto o doente quer saber toda a realidade da informação; a quarta refere-se à transmissão da notícia em pequenas quantidades de informação; a quinta estabelece que o profissional de saúde deve responder às questões do doente e, por fim, a última fase corresponde ao planeamento e acompanhamento do doente (Carvalho, 2008).

A decisão de quem fornece determinada notícia ao doente deve depender da relação deste com a equipa, sendo que o ideal seria que recaísse sobre a pessoa em quem o doente mais confia. No entanto, essa escolha acaba muitas vezes, por depender também da própria cultura institucional e até da existência de determinadas guidelines. O modelo

de comunicação de Buckman constitui um protocolo orientador para a transmissão de más notícias e compreende seis passos:

- **Conseguir o ambiente correcto** – será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista, saber quem deve informar, quando e onde;
- **Descobrir o que o doente já sabe** – as suas respostas irão proporcionar uma informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;
- **Descobrir o que o doente quer saber** – compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado;
- **Compartilhar informação** – a verdade constitui um processo que deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo ao doente para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde;
- **Responder às emoções do doente** - é um dos elementos cruciais e pressupõe a identificação e validação de emoções;
- **Organizar e planificar** – implica a elaboração de um plano gerido em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento (Barbosa & Neto, 2006).

Comunicar más notícias a doentes em fim de vida e seus familiares é uma das mais difíceis e importantes tarefas com que se deparam as equipas multidisciplinares de saúde incluindo, os enfermeiros. É um processo complexo e que exige do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino.

“É aceitável que nem sempre consiga corresponder da melhor forma às necessidades do doente, uma vez que também ele vivencia o processo de forma particular e intensa. Não será aceitável que não explore devidamente as suas capacidades comunicacionais (sejam verbais ou não verbais) procurando o melhor para o doente e a sua família e afastando-se emocionalmente de quem espera o seu apoio” (Ribeiro, 2013, p. 49).

No momento da transmissão de uma má notícia, o profissional de saúde, para além da oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica e individualizar o cuidado, tem também a possibilidade de fornecer coragem para que a adaptação às novas circunstâncias possa ser feita da melhor forma possível (Silva & Zago, 2005).

Segundo Buckman (1992, p.223), “A transmissão de uma má notícia causa, muitas vezes, desconforto tanto no doente como no enfermeiro daí a sua complexidade. Na maioria das ocasiões, a má notícia nem contempla implicitamente a palavra morte mas,

mesmo assim, a intensidade do que é transmitido é de tal ordem que causa dificuldade a ambos: ao doente, porque há uma quebra entre as suas expectativas e a realidade médica, ao enfermeiro, porque este tem a noção exacta de que induz sofrimento acrescido com quem assumiu um compromisso”

Por fim, segundo Sousa (2013, p.28), “a comunicação com o doente e com a família reveste-se de uma significativa importância na prestação de cuidados, sendo uma responsabilidade acrescida para o enfermeiro especialista, pelo que é fundamental o desenvolvimento da competência comunicacional”.

O enfermeiro “deve constituir-se como uma ajuda que permita ao doente e sua família minimizarem o sofrimento num processo que tem tanto de doloroso quanto difícil” (Ribeiro, 2013, p. 51).

Cada caso deve ser alvo de análise e reflexão por parte do enfermeiro, para no futuro cessar com os comportamentos que em determinadas situações foram menos adequados. O enfermeiro deve confiar em si, nos seus conhecimentos, nas suas habilidades e na sua convicção. Embora de extrema importância, muitos profissionais ainda carecem de formação, informação e preparação suficientes para lidar com esse tipo de situações. Deste modo é necessário que o profissional de saúde tenha formação técnica e experiência de forma a encontrar estratégias de comunicação que lhe permita comunicar as más notícias.

CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

Concluindo o enquadramento teórico onde exploramos os eixos, estruturantes da temática em estudo, neste capítulo vamos descrever o percurso metodológico desde a problemática, objectivos e tipo de estudo até ao procedimento de recolha e análise de dados e as questões éticas subjacentes a todos os desenvolvimentos.

1. Da Problemática aos Objectivos do Estudo

No decorrer da nossa vida profissional, no seio de uma unidade de cuidados continuados integrados, fomos percebendo a presença de algumas lacunas, a vários níveis sobretudo a nível relacional, nomeadamente no modo como gerimos a comunicação de más notícias e como apoiamos o doente e a sua família na gestão das emoções geradas pela informação proporcionada.

Nos momentos difíceis que antecedem e precedem a informação, somos confrontados com sentimentos dolorosos sensações de impotência, por não nos sentirmos seguros e por não sabermos como dar um pouco mais de conforto ao doente e à família. Surge deste modo a questão de investigação - Qual a perspectiva dos enfermeiros sobre a comunicação de más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados?

Neste sentido, com intuito de darmos um contributo nesta área surgiu o tema para este estudo que tem como objectivo geral, conhecer a perspectiva dos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados sobre a comunicação de más notícias.

Para dar resposta a este objectivo foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Perceber o significado de má notícia para os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Descrever o tipo de má notícia que é comunicada numa unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros quando comunicam uma má notícia numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros mobilizam para comunicar más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar os factores que interferem no processo de comunicação de más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados;

2. Tipo de Estudo

Considerando a temática em estudo e os objectivos delineados, considerou-se pertinente realizar um estudo qualitativo de natureza descritivo-exploratório.

Um estudo qualitativo é realizado quando se pretende compreender a perspectiva dos participantes acerca do problema de investigação, aprofundar as suas experiências, perspectivas, opiniões e significados (Sampieri, 2010).

Segundo Goldenberg (2004, p.107), "...na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajectória" daí a importância que exerce no campo das ciências sociais.

Segundo Rey (2002, p.151) citando Dembo, "estudar as condições de comunicação, analisá-la e melhorá-la são as melhores tarefas da pesquisa qualitativa" daí que tendo em consideração os objectivos formulados para a pesquisa em causa tenha sido este o método escolhido e não outro.

Como evidenciam Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa possui cinco características fundamentais:

- A colheita de dados é realizada em ambiente natural, uma vez que os investigadores frequentam o local de estudo;
- Os dados recolhidos são em forma de palavras e de imagens, onde posteriormente os dados são analisados, respeitando a origem;
- Mais do que números, importante é o processo de investigação em si;
- Os dados são adquiridos, não para confirmar ou invalidar hipóteses, mas onde as conclusões são realizadas ao longo do agrupamento dos dados;
- Os investigadores preocupam-se essencialmente com as perspectivas dos participantes.

As características básicas da pesquisa qualitativa segundo Moreira, 2002 incluem:

- Primazia da interpretação em detrimento da quantificação (o pesquisador está interessado na interpretação que os participantes têm da situação em estudo);

- Ênfase na subjectividade e não na objectividade (o interesse primário diz respeito à perspectiva dos intervenientes);
- Flexibilidade quanto à construção da pesquisa (a complexidade das situações não permite uma definição exacta do percurso a seguir);
- Orientação para o processo e não visando o resultado (importa o entendimento e não um objectivo predeterminado);
- Importância do contexto (o comportamento da pessoa influencia a situação em estudo);
- Impacto do processo de pesquisa sobre a situação em si (o investigador exerce influência sobre a situação e é também ele influenciado)

Lincoln cit. por Lo Biondo-Wood e Haber (2001) refere que “os métodos qualitativos concentram-se no todo da experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um insight mais profundo a respeito dos comportamentos humanos complexos”.

Segundo Fortin (2009, p.34) a investigação qualitativa tende “a fazer ressaltar o sentido ou a significação que um fenómeno estudado reveste para os indivíduos” e, segundo a mesma, a “investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”.

Este estudo inclui uma vertente exploratória e descritiva, dado que, como é referido por Bidarra (2012), pretende descrever rigorosamente os fenómenos tal como são apresentados pelo sujeito, e ao recolher os dados de uma forma minuciosa pretende ter uma vertente exploratória. Esta vertente exploratória e descritiva, englobada no cariz de estudo (qualitativo), visa assim compreender fenómenos vividos por pessoas, ou seja pretende-se perceber a perspectiva dos profissionais de saúde através das suas falas (Sá, 2014).

Como refere Polit e Beck (2011), os métodos qualitativos exploratórios pretendem desvendar os vários modos pelos quais o fenómeno se manifesta e seus processos subjacentes.

O desenho descritivo “visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado. O investigador estuda uma situação, tal e qual como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população, de compreender fenómenos ainda mal elucidados ou conceitos que foram pouco estudados. (...) O desenho descritivo serve para identificar as características de um fenómeno de

maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população” Fortin (2009, p.236).

Ainda na perspectiva de Fortin (2009, p.237), “o estudo descritivo simples implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população”.

Deste modo, o objectivo principal passará por compreender um fenómeno ainda pouco estudado ou abordado e obter ganhos para uma conduta futura.

O objectivo principal do estudo descritivo consiste em descrever as características de determinada população ou fenómeno ou ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Considerando que a comunicação de más notícias em contexto de cuidados continuados integrados é uma área pouco explorada, justifica-se plenamente a realização deste estudo de carácter exploratório. Este tipo de estudo permite conhecer melhor os fenómenos em causa ou descobrir novas ideias a respeito dos mesmos e sendo frequente que as suas conclusões gerem hipóteses para pesquisas futuras ou para a aplicação de novas medidas e protocolos.

Assim, considero que a opção por um estudo de paradigma qualitativo, de natureza descritivo-exploratório é o que melhor se adequa à problemática e ao objectivo de estudo que visa compreender o significado das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que no seu quotidiano em contexto de cuidados continuados integrados, têm que comunicar com frequência más notícias.

Procuramos assim alcançar os objectivos definidos previamente com vista ao sucesso da investigação. Deste modo, observar, registar, analisar, descrever e correlacionar fenómenos sem os manipular são características essenciais deste tipo de pesquisa.

3. Contexto e Participantes no Estudo

Neste ponto vamos apresentar o contexto onde realizamos o estudo e os participantes no mesmo, assim como a sua caracterização.

3.1 O contexto de Estudo

O estudo foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados na zona norte do País que pertence à RNCCI. Esta unidade é constituída por 4 pisos, sendo apenas dois de internamento, um inclui a unidade de média duração e reabilitação (UMDR) e admite doentes que se encontram num processo de reabilitação de uma situação aguda ou recidiva de um processo crónico de doença que resultou numa perda de autonomia.

O outro corresponde à unidade de longa duração e manutenção (ULDM), acolhe doentes com processos de doença crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnem condições para o regresso ao domicílio. Esta, por sua vez, tem uma intervenção de cariz temporário ou permanente que visa a prestação de apoio social e cuidados de saúde de manutenção. Esta tipologia recebe ainda doentes, por um prazo máximo de 90 dias para descanso do cuidador principal.

Cada piso tem 20 camas permitindo acolher 40 doentes nesta unidade. Doentes com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência, que necessitam de cuidados clínicos, de manutenção, reabilitação e de apoio psicossocial. A equipa é multidisciplinar e integra 3 médicos, 12 enfermeiros, 13 auxiliares, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 fisiatra, 1 terapeuta da fala, 1 animador sociocultural, 2 fisioterapeutas e 1 administrativo.

3.2 Os Participantes no Estudo

São participantes deste estudo, todos os enfermeiros que exercem a sua actividade numa unidade de cuidados continuados integrados há pelo menos um ano, uma vez que são eles, que salvo raras excepções, comunicam as más notícias ao doente e à família.

Foram excluídos do estudo os enfermeiros que não prestam cuidados directos aos doentes e os que se encontrem em situação de licença prolongada, aquando da recolha de dados.

Geralmente, segundo Sampieri, 2010, são três os factores que intervêm para «determinar» o número de casos:

- Capacidade operativa de recolha e análise (número de casos que podemos seleccionar tendo em conta o contexto natural onde se realiza a investigação e os meios que disponibilizamos para a realização do projecto de investigação);
- A compreensão do fenómeno (número de casos que nos permitem responder às perguntas de investigação);
- A natureza do fenómeno que pretendemos analisar (se os casos são frequentes ou não, e se a recolha de dados demora relativamente muito ou pouco tempo).

Considerando os factores de inclusão descritos anteriormente participaram no estudo 6 enfermeiros que apresentam as seguintes características sociodemográficas e profissionais:

- Cinco enfermeiros do sexo feminino e um enfermeiro do sexo masculino;
- A idade está compreendida entre os 28 e os 39 anos;
- Quatro dos enfermeiros detêm como grau académico a Licenciatura e apenas dois têm especialidade (um em reabilitação e outro em psiquiatria);
- Quanto ao tempo de actividade profissional, um enfermeiro exerce há quinze anos, seguido de um enfermeiro que exerce há dez anos, dois enfermeiros contabilizam sete anos, um enfermeiro quatro anos e meio e um outro enfermeiro dois anos e meio;
- Relativamente ao tempo de exercício nesta unidade de cuidados continuados, a maioria (cinco enfermeiros) exercem há quatro anos e meio, seguido de um que exerce há um ano e meio.

4. Procedimentos de recolha de dados

Na metodologia qualitativa, tal como na quantitativa, a recolha de dados é fundamental. O que é procurado num estudo qualitativo é obter dados (que se tornarão informações) de seres vivos, comunidades, contextos ou situações em profundidade nas "formas de expressão" de cada um deles. Ao lidar com seres humanos, os dados que nos interessam são conceitos, percepções, imagens mentais, crenças, emoções, interações, pensamentos, experiências, processos e experiências manifestados na linguagem dos participantes, individualmente ou em grupo. Os dados são recolhidos com o objectivo de analisá-los e compreendê-los, respondendo às questões de investigação e gerando conhecimento (Sampieri, 2010).

Este tipo de dados é muito útil para entender os motivos subjacentes, significados e razões internas para o comportamento humano. Do mesmo modo, eles não são reduzidos a números para serem analisados estatisticamente (*idem*, 2010).

Neste estudo a recolha de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada. Segundo Fortin (2000, p.388) "A entrevista apresenta algumas vantagens e desvantagens. Quanto às primeiras, pode referir-se o facto de permitir um estudo mais abrangente e determinado sobre temas complexos onde a emoção seja predominante, como é o caso da análise de sentimentos. Além disso, permite que eventuais erros de interpretação sejam mais facilmente detectados. No entanto, a complexidade da entrevista pode fazer com que os dados sejam mais difíceis de analisar, implicando um aumento de tempo e dedicação para responder aos objectivos traçados inicialmente. Na entrevista parcialmente estruturada, são identificados os temas e de seguida são formuladas as questões segundo a ordem que mais convém ao investigador"

Para o efeito foi construído um guião de entrevista elaborado tendo em consideração os objectivos do estudo, o modelo de comunicação de Buckman e a revisão bibliográfica efectuada (Anexo I).

Este guião foi sujeito a um pré-teste inicial realizado a um enfermeiro que não reúne requisitos para participar no estudo. Este permitiu avaliar a pertinência das questões colocadas de acordo com os objectivos delineados, bem como a sua adequabilidade, não havendo necessidade de proceder a qualquer alteração do mesmo, sendo assim mantida a versão original.

Este também se tornou uma mais-valia uma vez que facilitou a posterior condução das entrevistas e como abordagem dos participantes.

A recolha de dados foi realizada, após realizado o pedido formal ao director da instituição (Anexo II) e posterior autorização da comissão de ética (Anexo III), entre os meses de Março e Abril de 2018. Para o efeito foi negociado com a enfermeira coordenadora da unidade e conforme as disponibilidades dos intervenientes o espaço mais adequado para a realização das entrevistas.

5. Procedimento de tratamento de dados

No processo de investigação qualitativa a recolha e análise de dados ocorrem praticamente em paralelo. Além disso, a análise não é padrão, uma vez que cada estudo requer uma "coreografia" específica de análise. Na recolha de dados, a acção essencial é que recebemos dados não estruturados, aos quais lhes damos estrutura. Os dados foram obtidos através de recolha focada (entrevistas) e serão examinados e analisados, para se poder ter um primeiro senso de compreensão (Sampieri, 2010).

A análise dos resultados será feita, como explicado, em duas vertentes principais: análise específica por conjuntos de itens, e análise global.

De acordo com Bardin (2008), a análise de conteúdo engloba três pólos cronológicos:

- **A pré-análise** – diz respeito à fase de organização propriamente dita embora seja composta por actividades não estruturadas, tais como, a leitura “flutuante”, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objectivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores;
- **A exploração do material** – fase longa e que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração;
- **O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação** – os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Posteriormente, podem então propor-se inferências e adiantar interpretações tendo em vista os objectivos previstos.

De acordo com a metodologia utilizada, o conteúdo proveniente das seis entrevistas será desmontado e analisado recorrendo a um estudo minucioso das palavras e das frases que as compõem, procurando fragmentá-las e agrupá-las posteriormente por categorias, segundo o mesmo sentido e a mesma intencionalidade e tendo como base de sustentação os objectivos pré-estabelecidos do estudo. Após efectuar uma avaliação,

enumeração e comparação rigorosas, irá determinar-se quais os indicadores que se destacarão dos restantes com a intencionalidade de ir estruturando bases de análise dentro da significação obtida. No fundo, proceder-se-á a uma análise categorial que significa desmembrar o texto em unidades (Bardin, 2008).

Segundo Sampieri (2010), a categorização na análise de conteúdo deve obedecer a vários critérios para garantir o rigor e a qualidade dos dados recolhidos:

- **Validade** – é uma característica inicial e básica de todo e qualquer conjunto de categorias. Dizer que uma categoria é válida é dizer que é adequada, pertinente, significativa e útil em termos do trabalho proposto;
- **Exaustividade** – deve possibilitar a inclusão de todas as unidades de análise;
- **Homogeneidade** – a organização deve ser fundamentada num único princípio ou critério de classificação;
- **Exclusividade** – um mesmo dado não pode ser incluído em mais do que uma categoria;
- **Objectividade** – as regras de classificação são explicitadas com suficiente clareza para que possam ser aplicadas consistentemente ao longo de toda a análise. A construção da validade e das demais características descritas anteriormente deve ocorrer ao longo de todo o processo de análise porque só assim podem ser atingidos os objectivos definidos.

Da análise dos dados realizada resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que estão retratadas na matriz de redução de dados (anexo IV) onde também se podem visualizar as unidades de análise.

6. Considerações éticas

Os investigadores devem funcionar dentro de uma ética de respeito por todos os envolvidos, directa ou indirectamente, na investigação, sejam eles indivíduos humanos singulares, grupos ou organizações. A adesão a uma ética de respeito implica que os envolvidos, sem excepções ou preconceitos, sejam tratados de forma justa, com sensibilidade e dignidade e traduz-se nas seguintes responsabilidades:

- **Consentimento voluntário informado** - O respeito pelos participantes encontra no requisito do consentimento voluntário informado um princípio fundamental a ser respeitado. O consentimento voluntário informado é, por regra, a condição na qual deve ser conseguido o envolvimento dos participantes na investigação. Tal consentimento supõe, por princípio, que cabe aos investigadores assegurar que os participantes entendem e

concordam com a sua participação, sem qualquer coacção, antes de se iniciar a investigação, bem como compreendem o processo em que vão estar envolvidos, isto é, os objectivos gerais da investigação, o modo como a mesma se realizará, os produtos que se poderão esperar e modo de eventual divulgação. Nas sociedades ou organizações em que se requeira uma abordagem colectiva ao consentimento (por exemplo, no caso português, o consentimento da administração educacional para investigações desenvolvidas em escolas públicas), deve a mesma ser obtida, sem que tal exclua a necessidade de obtenção de consentimento informado junto dos potenciais participantes directos na investigação. Quando a investigação envolve participantes com idade abaixo da maioridade definida pelo respectivo país (18 anos, no caso português), deve o consentimento voluntário informado de pais ou tutores ser previamente obtido e devem ser respeitadas as respectivas legislações nacionais relativas à protecção de menores.

- **Direito de retirada**- Os investigadores informam os participantes que em qualquer momento se podem retirar da investigação e respeitam tal direito.
- **Evitar dano** - Os investigadores devem procurar assegurar o menor desconforto, constrangimento, sobrecarga possíveis aos participantes na investigação, devem procurar colocá-los à vontade e não ir além da intrusão inteiramente necessária aos objectivos do estudo, devendo desistir de acções que se verifique trazer ao participante alguma forma de prejuízo emocional ou outro.
- **Confidencialidade/Anonimato** - Os investigadores devem respeitar os direitos dos participantes à sua privacidade, garantindo os seus direitos de confidencialidade e anonimato, a menos que eles ou seus representantes legais de forma, esclarecida e livremente abdicuem desses direitos. (Pessini, 2002; Kovács, 2003; Barbosa & Neto, 2006; Gonçalves, 2013)

No sentido de atendermos a todos estes princípios, inicialmente foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo de investigação ao Director da instituição (Anexo II) onde se encontra inserida a Unidade de Cuidados Continuados Integrados, com a indicação do tema e dos objectivos do estudo assim como o método de recolha de dados e quais os participantes, que por sua vez o encaminhou para a comissão de ética que emitiu parecer favorável à realização do mesmo (Anexo III).

A todos os enfermeiros que participaram no estudo foi pedido um consentimento informado através de formulário próprio (Anexo V) e foi-lhes permitido o direito de recusa

na participação ou interrupção da colheita de dados em qualquer momento, sem que existisse qualquer consequência.

As entrevistas foram realizadas com recurso à gravação de voz em suporte digital, após autorização de todos os participantes. A sua utilização foi realizada apenas com o objectivo da posterior transcrição do conteúdo, que será permanentemente destruído após a conclusão do presente estudo. Por forma a manterem-se os princípios mencionados anteriormente, especialmente o da confidencialidade, as entrevistas foram encriptadas de E1 a E6. Após a transcrição das entrevistas foi proporcionado aos participantes a sua leitura por forma a ser confirmado e validado o seu conteúdo.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo tem como objectivo apresentar e analisar os dados obtidos através do percurso metodológico anteriormente descrito.

Da análise das entrevistas, resultou um conjunto de dados que agrupamos em seis áreas temáticas: significado de má notícia; tipo de má notícia comunicada pelos enfermeiros; sentimentos experienciados pelos enfermeiros na comunicação de uma má notícia; estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para comunicar uma má notícia; factores que interferem no processo de comunicação de más notícias; sugestões dos enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias. (Tabela 1)

Tabela 1: A comunicação de más notícias numa unidade de cuidados continuados integrados: áreas temáticas, categorias e subcategorias.

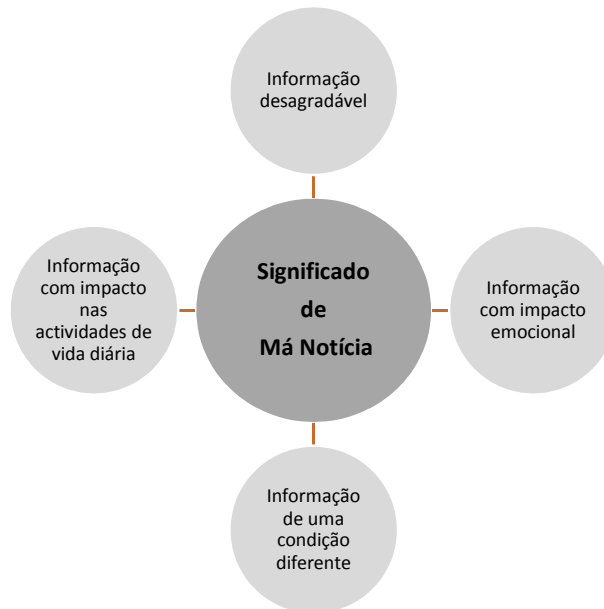
Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Significado de Má Notícia	Informação desagradável		1
	Informação com impacto emocional		5
	Informação de uma condição diferente		1
	Informação com impacto nas actividades de vida diária		1
Tipo de má notícia comunicada pelos Enfermeiros	Morte		6
	Doença Grave		1
	Agudização da situação clínica		6
	Perda de autonomia		1
Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros	Tristeza		4
	Angústia		1
	Alívio		1
	Ansiedade		3
	Medo		1
	Insegurança		1
	Frustração		1
	Satisfação		1
	Paz		1
Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros	Ser objectivo(a)		3
	Ser sensível		2
	Respeitar		1
	Utilizar tom de voz suave		2
	Dar Conforto		2
	Estar calmo (a)		1
	Ser honesto(a)		1

	Promover uma relação de confiança		1
	Ser Directo(a)		1
	Criar empatia		4
	Solicitar apoio de outro profissional		1
	Preparação antecipada para a perda		1
	Dar "tiros de aviso"		1
	Adaptar discurso		1
Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias	Relacionados com o modo de comunicação	Empatia e confiança	2
		Linguagem	1
		Promoção da escuta activa	1
		Ambiente	2
		Meio de comunicação - telefone	2
	Relacionados com a situação de doença	Gravidade da situação clínica	1
		Situação inesperada	1
	Relacionados com o doente/família	Satisfação da família	1
		Idade do Doente	1
		Receptividade do doente/família para receber a má notícia	1
		Conhecimento do doente/família da situação clínica	2
		Resiliência do doente/família	1
		Ajuda antecipada para a perda	1
		Negação do doente/família	2
		Incerteza da reacção doente/família	1
		Personalidade do doente/família	2
	Relacionados com o enfermeiro	Falta de disponibilidade	2
		Inexistência de relação prévia à doença	1
		Presença de pessoas significativas/família	2
Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias	Ser compreensivo		1
	Formação na área da comunicação de más notícias		3
	Realização de conferências familiares		1
	Conhecimento prévio da situação		1
	Sem sugestões		1

1. Significado de Má Notícia

Os participantes atribuíram diversos significados a uma má notícia. Como se pode observar na figura 2, os enfermeiros definem má notícia como sendo uma informação desagradável, de uma condição diferente, com impacto emocional e nas actividades de vida diária.

Figura 2 - Significado de Má Notícia para os Enfermeiros – categorias



Um dos significados atribuído à má notícia é uma **Informação desagradável**, manifestando-se na seguinte afirmação:

(...) “Uma má notícia para mim significa ter de dizer a alguém alguma coisa desagradável, ou seja, alguma coisa que vai provocar uma sensação desagradável, desconfortável “ (...) E1

Para a maioria dos participantes (5) a má notícia é uma **informação com impacto emocional**, traduzindo-se nas seguintes afirmações:

(...) “Uma má notícia para mim significa ter de dizer a alguém alguma coisa (...) que vai mexer emocionalmente com alguém” (...) E1

(...) “Para mim uma má notícia é algo que nos provoca dor e sofrimento” (...) E2

(...) “É algo que produz sensações desagradáveis como o medo, a ansiedade, a insegurança” (...) E3

(...) *“Para mim uma má notícia é uma notícia que vai provocar algum sentimento mau de angústia ou sofrimento á pessoa que o vai receber”* (...) E4

(...) *“Uma informação que cria ansiedade”* (...) E6

Outro significado atribuído à má notícia é a **informação de uma condição diferente**:

(...) *“A informação de uma condição diferente (neste caso relacionado com o utente), que poderá necessitar do estabelecimento de uma relação de ajuda profissional-utente-família, na preparação de estratégias adaptativas a essa condição”* (...) E5

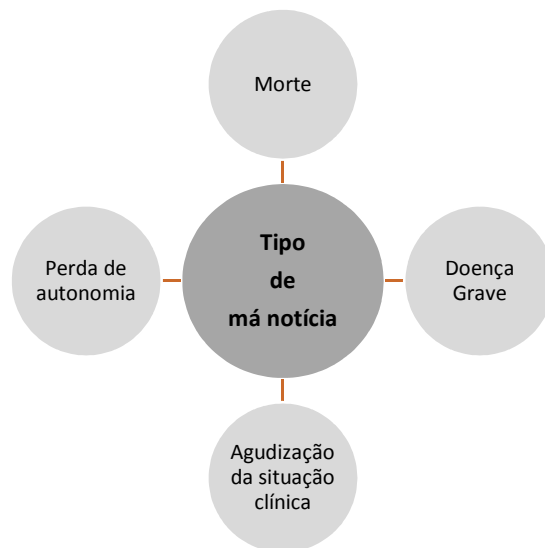
Para um dos enfermeiros a má notícia é uma informação **com impacto nas actividades de vida diária**:

(...) *“Uma informação que (...) destabiliza a rotina”* (...) E6

2. Tipo de má notícia

Para os Enfermeiros desta unidade de cuidados continuados o tipo de má notícia comunicada com mais frequência são a morte, a doença grave, a agudização da situação clínica e a perda de autonomia. (figura 3)

Figura 3 - Tipo de má notícia comunicada pelos Enfermeiros - categorias



Relativamente à **morte**, todos os participantes a identificaram como o tipo de má notícia mais comunicada pelos Enfermeiros nesta Unidade de Cuidados Continuados como se confirma pelas seguintes afirmações:

(...) “Infelizmente já tive várias vezes de comunicar más notícias enquanto enfermeira, uma das muitas que já me aconteceu foi ter de comunicar a um filho muito presente o falecimento do pai.... (Silêncio), foi muito difícil dado que este filho se encontrava em negação do estado de saúde do pai” (...) “A mais frequente é sem dúvida o falecimento/morte” (...) E1

(...) “Enquanto enfermeira na UCC já tive de partilhar más notícias. Informar cuidadores da morte do seu familiar (...). “As más notícias mais comunicadas são (...) morte do doente” (...) E2;

(...) “o seu falecimento” (...) E3

(...) “Uma má notícia que já tive de partilhar foi a morte de um utente aos familiares que não estavam minimamente preparados para que tal facto acontecesse” (...). “As más notícias que mais frequentemente são comunicadas na unidade são a morte” (...) E4

(...) “A comunicação da morte, quanto esta não estava “prevista” é de facto uma vivência muito constrangedora” (...) E5

“Situação de morte (...)” E6

Um dos participantes refere a **doença grave** como outro conceito de má notícia comunicada pelos Enfermeiros e partilha-a da seguinte forma:

“Penso que as más notícias relacionadas com doença grave incurável ou com a morte são usuais no contexto de cuidados continuados (...) ” E5

Todos os participantes mencionam a **agudização da situação clínica** como outro tipo de má notícia comunicada neste contexto de cuidados:

(...) “a agudização do estado de saúde também acontece muito” (...) E1

(...) “As más notícias mais comunicadas são a agudização” (...) E2

(...) “O agravamento do estado de saúde dos utentes” (...) E3

(...) “As más notícias que mais frequentemente são comunicadas na unidade onde laboro (...) a agudização do utente e consequentemente o envio ao SU” (...) E4

(...) “o agravamento do estado de saúde/doença” (...) E5

“Situação (...) de agudização.” E6

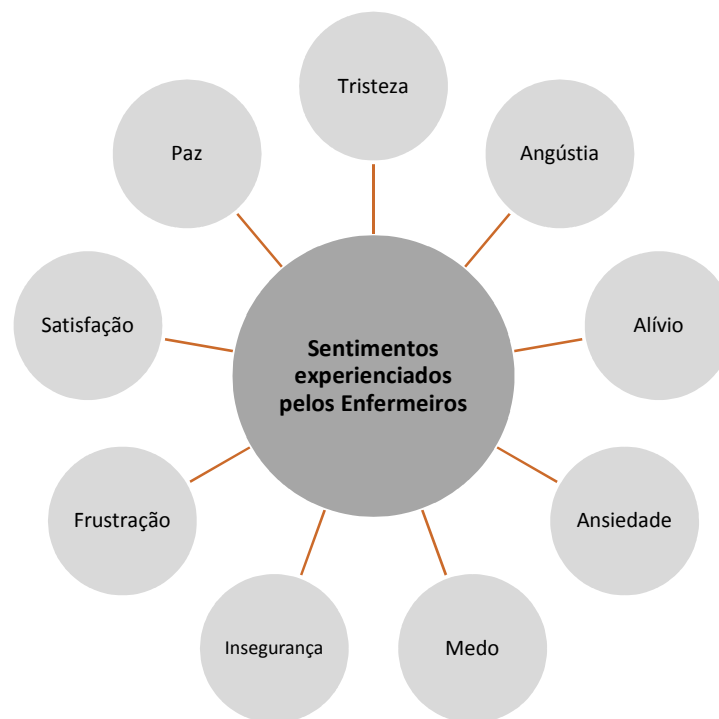
Surge ainda na voz de um dos participantes que outro tipo de má notícia comunicada pelos Enfermeiros é a **Perda de autonomia**:

(...) “a perda de autonomia” (...) E5

3. Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros na comunicação de uma má notícia.

Através dos discursos dos participantes, foram enumerados um conjunto de sentimentos experienciados pelos Enfermeiros na comunicação de uma má notícia, sendo eles a tristeza, a angústia, o alívio, a ansiedade, o medo, a insegurança, a frustração, a satisfação e a paz. (figura 4)

Figura 4 - Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros na comunicação de uma má notícia - categorias



No que diz respeito á **tristeza**, quatro participantes relatam da seguinte forma:

(...) “Bem... a tristeza, “ (...) E1

“ Tristeza, (...) “E2

(...) “Quando noticio uma má notícia vivencio emoções como a tristeza” (...) E4

(...) “ tristeza e ” (...) E6

No que toca á **angústia** um participante menciona:

(...) *“Bem... angustia”* (...) E1

O **alívio** foi um sentimento/emoção experienciado por um participante, que relata:

(...) *“Bem... alívio no sentido de que acabou o sofrimento e está em paz”* (...) E1

Relativamente á **ansiedade**, esta é experienciada por três participantes:

(...) *“A ansiedade”* (...) E3

(...) *“Quando noticio uma má notícia vivencio emoções como a ansiedade”* (...) E4;

(...) *“O facto de tentar contactar e não conseguir criou uma grande ansiedade em mim”*

(...) E6

Um dos participantes evidencia o **medo** como sentimento/emoção experienciado:

(...) *“o medo”* (...) E3

Outro sentimento evidenciado por um dos participante foi a **insegurança**:

(...) *“a insegurança”* (...) E3

É expresso também por um participante o sentimento de **frustração** e impotência perante comunicação de uma determinada má notícia:

(...) *“Quando noticio uma má notícia vivencio emoções como frustração (...) impotência”* (...) E4

No que concerne à **satisfação** esta é relatada por um participante:

(...) *“No geral, e apesar das dificuldades, sinto-me satisfeito por participar positivamente neste processo”* (...) E5

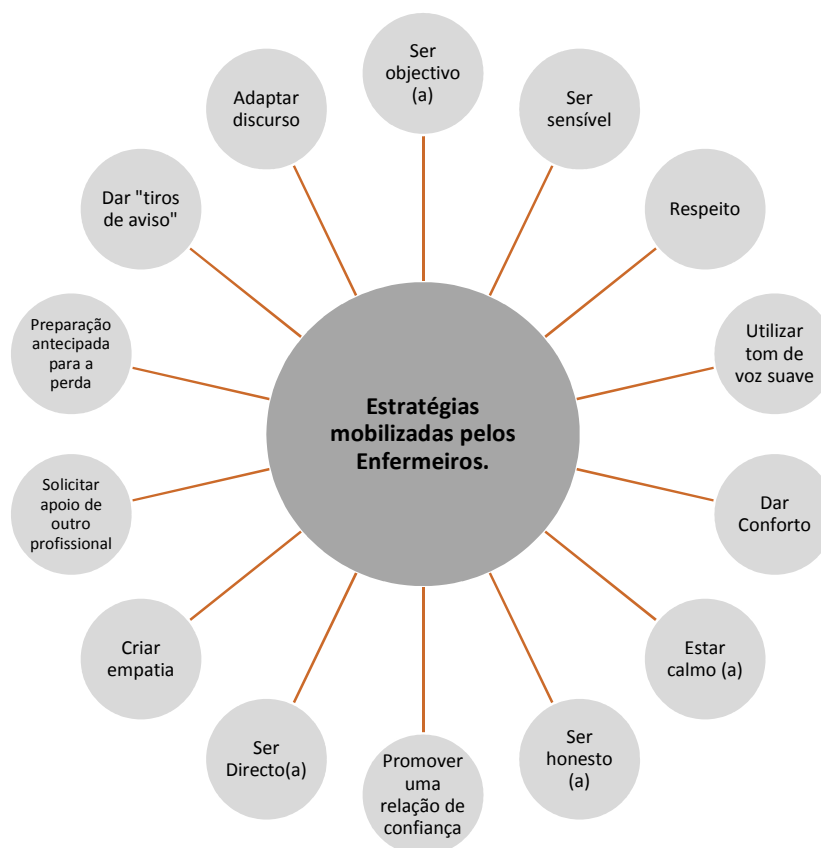
Por fim, um participante identifica a **paz** como sentimento/emoção experienciado:

(...) *“paz”* (...) E6

4. Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para comunicar uma má notícia.

Com este estudo podemos também identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para comunicar uma má notícia. Dos relatos dos participantes emergiram diversas estratégias: Ser objectivo(a), ser sensível, o respeito, utilizar tom de voz suave, dar conforto, estar calmo(a), ser honesto(a), promover uma relação de confiança, ser directo(a), criar empatia, solicitar apoio de outro profissional, a preparação antecipada para a perda, dar “tiros de aviso” e adaptar discurso (figura 5).

Figura 5 - Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para comunicar uma má notícia - categorias



No que diz respeito a **ser objectivo(a)**, três participantes relatam:

(...) “Eu acho que devemos ser (...), objectivos em relação à informação que damos” (...)

E1

(...) *“Acho necessário (...), clareza nas palavras e empatia com quem está a receber a notícia” (...)* E2

(...) *“Transmito a informação adequada” (...)* *“A relação de confiança com o utente/família e a comunicação (...) objectiva” (...)* E3

Dois enfermeiros referem que **ser sensível** é uma das estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para comunicar uma má notícia como se pode observar nos seguintes excertos:

(...) *“Eu acho que devemos ter sensibilidade” (...)* E1

(...) *“Ser sensível” (...)* E4

Relativamente, ao **respeito**, este foi referenciado por um dos participantes:

(...) *“Eu acho que devemos ter respeito” (...)* E1

Utilizar tom de voz suave, foi expressa por dois dos intervenientes:

(...) *“No momento de comunicar uma má notícia tento utilizar uma voz suave” (...)* E2

(...) *“ Considero que é fulcral que a comunicação seja clara e suave ao mesmo tempo não colocando a outra pessoa em expectativa. A comunicação tem de ser aberta e feita num ligar calmo sem interferências externas” (...)* E4

Dar conforto, foi outra das estratégias expressa por dois enfermeiros como é visível nos seguintes relatos:

(...) *“No momento de comunicar uma má notícia Tento dentro dos possíveis confortar a pessoa” (...)* E2

(...) *“o uso de palavras que trazem conforto” (...)* *“É confortada quando digo que foi uma situação que não provocou sofrimento, estava em paz” (...)* E6

Estar calmo(a) foi também evidenciado por um dos participantes:

(...) *“No momento de comunicar uma má notícia tento encontrar-me calma” (...)* E2

No que toca a **ser honesto(o)** um participante verbaliza:

(...) *“sendo honesta” (...)* E3

Promover uma relação de confiança foi uma estratégia focada por um dos enfermeiros:

(...) *“promovendo uma relação de confiança entre utente/enfermeiro” (...) “A relação de confiança com o utente/ família e a comunicação clara e objectiva” (...) E3*

No tocante a **ser directo(a)**, um informante indica este aspecto como uma das estratégias que mobiliza para comunicar uma má notícia nesta Unidade de Cuidados Continuados e expressa-o da seguinte forma:

(...) *“As estratégias que uso são á comunicação directa sem rodeios” (...) E4*

Para a maioria dos participantes (4), **criar empatia** é outra das estratégias que mobilizam como se pode observar nas seguintes expressões:

(...) *“Acho necessário ter calma, clareza nas palavras e empatia com quem está a receber a notícia” (...) E2*

(...) *“As estratégias que uso é empatia mas como geralmente estas notícias são comunicadas por telefone não fica fácil criar uma relação directa de apoio mas tento apoiar e colocar-me no papel de quem recebeu a má notícia” (...) E4*

(...) *“A escuta activa, a relação empática, a presença, a relação de ajuda, a relação terapêutica e o toque” (...) E5*

(...) *“Empatia (...) escuta activa” (...) E6*

Um dos enfermeiros admite **solicitar apoio de outro profissional** como estratégia para comunicar uma má e fá-lo como se pode ver no seguinte excerto:

(...) *“Se existir algum elemento da equipa que reconhecidamente tenha uma relação mais próxima do utente/família, solicito apoio para a comunicação da má notícia” (...) E5*

A **preparação antecipada para a perda** é outra das estratégias mencionada por um dos participantes:

(...) *“Quando prevejo que a curto prazo será necessário comunicar uma má notícia, tento preparar antecipadamente utente/ família para esse facto” (...) “A relação de ajuda pré-existente” (...) “a preparação prévia do utente/família para a alteração da condição” (...) E5*

Um dos participantes assume que uma das estratégias que mobiliza para comunicar uma má notícia é **dar “tiros de aviso”** e menciona-o da seguinte forma:

(...) *“Quando entro em contacto com a família não informo directamente a má notícia – situação de morte, questiono se está acompanhado e refiro que não tenho boas notícias*

para dar. As pessoas percebem pelo discurso o que vou transmitir. A estratégia adoptada é levar a pessoa a deduzir o que vou comunicar.” (...) E6

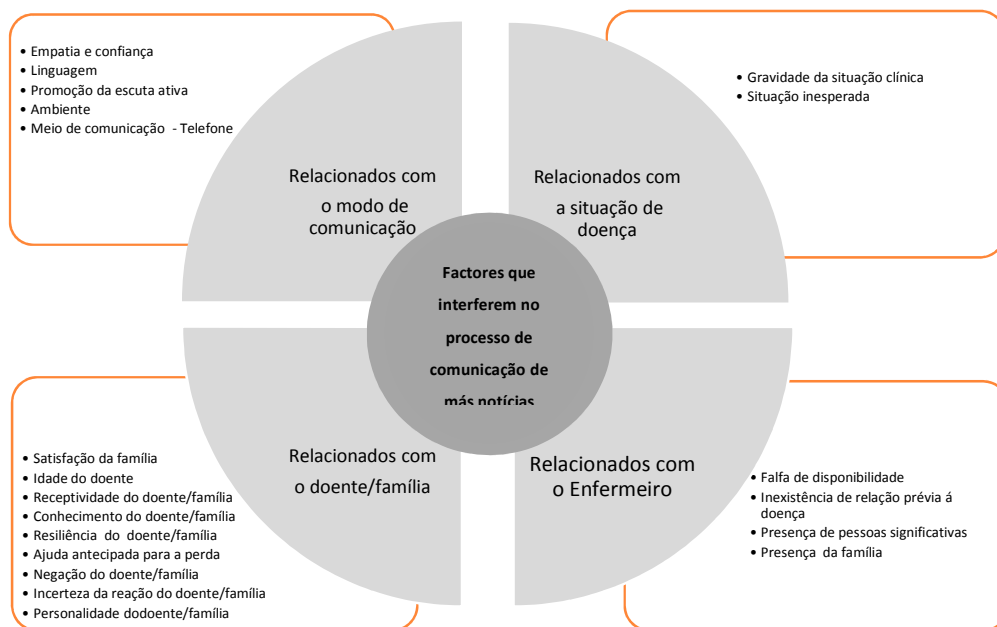
Por fim um participante refere que nestas situações procura **adaptar o discurso**.

(...) “Tento adaptar o discurso às necessidades de cada família, ou seja tento ir ao encontro das suas expectativas” (...) E1

5. Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias.

Relativamente aos factores que interferem no processo de comunicação de más notícias, foram relatados diversos pelos participantes e que integramos em quatro categorias: relacionados com o modo de comunicação, relacionados com a situação de doença, relacionados com o doente/família e relacionados com o Enfermeiro (**Figura 6**). Estes factores podem se constituir como facilitadores ou dificultadores.

Figura 6 - Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias - categorias e subcategorias



Os factores **relacionados com o modo de comunicação** referem-se à empatia e confiança, á linguagem, á promoção da escuta activa, ao ambiente e meio de comunicação - telefone.

Relativamente à **empatia e confiança**, dois participantes evidenciaram o facto do seguinte modo:

(...) *“Empatia com a família” (...) E1*

(...) *“a existência de uma relação de confiança” (...) E6*

No que toca, á **linguagem** um participante verbaliza:

(...) *“A linguagem adequada com vocabulário que seja de fácil compreensão para utente/família” (...) E3*

(...) *“A linguagem desadequada” (...) E3*

Outro factor mencionado por um participante é a **promoção da escuta activa**:

(...) *“saber escutar” (...) E3*

O **ambiente** foi referenciado por dois participantes como sendo um factor que interfere no processo de comunicação de má notícia:

(...) *“as condições do meio envolvente como por exemplo ruído” (...) E3*

(...) *“um ambiente físico adequado” (...) E5*

(...) *“O ambiente físico não preparado também pode ser um factor dificultador neste processo” (...) E5*

Por fim, um outro factor evidenciado por dois dos participantes relaciona-se com o **meio de comunicação - telefone**:

(...) *“ouvir através do telefone o desespero da outra pessoa e não poder fazer nada para ajudá-la naquele difícil momento” (...) E2*

(...) *“em caso se morte o facto de está ser comunicada na maioria das vezes via telefone” (...) E4*

Quanto aos factores **relacionados com a situação de doença foram mencionados** a gravidade da situação clínica e situação inesperada.

A **gravidade da situação clínica** é referida por um enfermeiro:

(...) *“A natureza da noticia, ou seja quanto maior a gravidade, maior a dificuldade” (...) E5*

Relativamente ao facto de uma **situação inesperada**, se constituir como factor dificultador foi expresso por um dos entrevistados:

(...) *“Uma noite faleceu uma senhora que não era expectável que essa situação acontecesse. Esperei até às 9h da manhã para comunicar ao marido...Este não atendeu, foram realizadas várias tentativas de contacto sem sucesso. Até que pelas 12h apareceu*

na unidade e sem esperar recebeu a notícia. O facto de tentar contactar e não conseguir criou uma grande ansiedade em mim” (...) E6

Os factores **relacionados com o doente/família** são satisfação da família, idade do doente, receptividade do doente/família para receber a má notícia, conhecimento do doente/família da situação clínica, resiliência do doente/familiar, ajuda antecipada para a perda, negação do doente/família, incerteza da reacção do doente/família e personalidade do doente/família.

No que diz respeito à **satisfação da família** um participante referiu:

(...) “Satisfação da família nos serviços prestados ao utente” (...) E1

Um aspecto considerado por um participante como factor facilitador para a comunicação de más notícias é a **idade do doente**:

(...) “Idade do doente” (...) E1 (...) “idade jovem do doente” (...) E1

A **receptividade do doente/família** para receber a má notícia é outro factor que interfere no processo de comunicação de más notícias referido por um participante:

(...) “Considero factores facilitadores quando o receptor da mensagem está preparado para a má notícia mas isto terá de ser um trabalho feito de uma forma prévia por toda a equipa” (...) E4

Dois participantes consideraram que o **conhecimento do doente/família** da situação clínica interfere positivamente no processo de comunicação de más notícias:

(...) “É facilitador quando o utente ou família estão devidamente informados sobre situação do utente” (...) E4

(...) “O facto de os familiares saberem qual a situação real do familiar internado” (...) E6

A **resiliência do doente/família** também foi considerado por um participante:

(...) “considero facilitador é a capacidade de resiliência do utente ou familiar” (...) E4

No que toca à **ajuda antecipada para a perda** um participante menciona:

(...) “A relação de ajuda pré-existente” (...) “a preparação prévia do utente/família para a alteração da condição” (...) E5

Dois dos entrevistados salientaram que a **negação do doente/família**, relacionada como situação também interfere no processo de comunicação da má notícia:

(...) “Estado de negação da família e/ou utente do seu estado de saúde/doença” (...) E1

(...) *“A ausência de consciencialização da situação e encontrar pessoas em negação com uma*

A **incerteza da reacção do doente/família** foi expressa como outro dos elementos que dificulta a comunicação de má notícia:

(...) *“Não saber qual a reacção que a pessoa vai ter” (...) E2*

A **personalidade do doente/familiar**, também surge como um aspecto dificultador da comunicação da má notícia:

(...) *“a personalidade dos intervenientes uma vez que é mais difícil comunicar com algumas pessoas” (...) E5*

esperança não real” (...) E6

Por fim, os factores **relacionados com o Enfermeiro** que interferem no processo de comunicação de más notícias remetem-nos para a falta de disponibilidade, a inexistência de relação prévia á doença, a presença de pessoas significativas/família como se pode ver nos seguintes relatos:

(...) *“a falta de disponibilidade/tempo” (...) E3*

(...) *“Factores dificuldades, considero a falta de tempo para apoiar e empatizar com o utente/familiar estabelecer uma comunicação mais clara e menos científica para que desta forma a mensagem seja mais perceptível” (...) E4*

(...) *“ausência de relação prévia” (...) E5*

(...) *“a presença de pessoas significativas por exemplo, profissionais, amigos, familiares”*
(...) *E5*

(...) *“Quando a família é muito presente” (...) E1*

(...) *“muitas vezes em caso de comunicação de estado de saúde existem familiares que são muito opinativos e com ideia que sabem tudo da doença” (...) E4*

Por fim, é de referir que um participante mencionou que não existem factores facilitadores.

(...) *“Na minha opinião acho que a comunicação de más notícias é tão difícil que considero que não há factores que facilitadores” (...) E2*

6. Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias.

As entrevistas realizadas aos participantes deste estudo culminaram num conjunto de sugestões para melhorar o processo de comunicação das más notícias. Estas reportam-se sobretudo ao ser compreensivo, á formação na área da comunicação de más notícias, à realização de conferências familiares e conhecimento prévio da situação, como se pode observar na figura 7.

Figura 7 - Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias - categorias



Ser compreensivo é uma sugestão indicada por um enfermeiro para melhorar o processo de comunicação de más notícias

(...) *“Tentar sempre ter um papel reconfortante e compreensivo com o familiar que recebe a notícia”* (...) E1

A necessidade de **formação na área da comunicação de más notícias** é expressa como sugestão de melhoria por três participantes:

(...) *“... não sei...talvez a existência de mais formação nesta área.”* E3

(...) “A existência de formação para todos os profissionais que tem de comunicar mas notícias, a comunicação entre a equipa multidisciplinar de modo a encontrar estratégias para que todos possam seguir uma linha orientadora para comunicar más notícias e a experiência profissional” (...) E4”

(...) “Formação” (...) E5

Um dos participantes apresenta como sugestão para melhorar o processo de comunicação de más notícias a realização de **conferências familiares**:

(...) “conferências entre a equipa e os utentes/família” (...) E5

Também a existência de **conhecimento prévio** da situação é mencionada por um enfermeiro como sugestão de melhoria do processo de comunicação de más notícias:

(...) “A pessoa que transmite tem que estar segura acerca do que vai dizer e deve conhecer a pessoa a quem transmite a notícia” (...) E6

Por fim, um participante refere **não ter sugestões** para melhorar o processo de comunicação de más notícias: (...) “Não me ocorre nada no momento.” E2

Concluída a apresentação e análise dos dados que nos permitiu ter uma visão global do olhar dos Enfermeiros sobre a comunicação de más notícias em contexto de cuidados continuados integrados, no capítulo seguinte vamos proceder à discussão dos resultados.

CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, vamos proceder a discussão dos resultados com base em ideias e estudos de outros autores que se debruçam sobre a temática e a minha própria análise e reflexão.

Será apresentada de forma similar ao capítulo anterior através da sequência das várias áreas temáticas, para que deste modo seja possível adquirir uma visão global dos resultados obtidos.

Significado de Má Notícia

A enfermagem é uma ciência e tem como objectivo primordial o tratamento de doenças e o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico. Os enfermeiros são profissionais com formação e funções distintas dentro de uma mesma área e ajudam a promover, a manter e a restabelecer a saúde das pessoas embora por vezes seja difícil, pois segundo os participantes do estudo, estes na sua prática diária e vêm-se confrontados com a necessidade de comunicar ao doente e/ou família informações desagradáveis, com impacto emocional, nas actividades de vida diária e que podem exigir uma adaptação a condição diferente, é esse o significado atribuído a Má Notícia pelos enfermeiros que participaram neste estudo.

As más notícias em saúde afectam o bem-estar pessoal, familiar e social, dadas as repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam.

Como refere Vandekief, 2001; Muller, 2002; Lima, 2003, má notícia pode ser compreendida como aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente em relação ao seu futuro. Um outro conceito é de que toda comunicação relacionada com o processo, que traz uma ameaça ao estado mental ou físico do doente e um risco deste ver superado o seu estilo de vida já estabelecido, pode ser considerada uma má notícia (Ptacek e Eberhardt, 1996; Almanza-Muños e Holland, 1999). Podem ser, portanto, não somente um diagnóstico terminal, mas também o diagnóstico de uma doença crónica instável.

Na comunicação com o doente, o profissional de saúde deve ter uma conduta singular, adaptada a cada situação e de acordo com a própria condição e as próprias características da pessoa doente (Galvão [et. al], 2015).

Também Carneiro (2017), no seu estudo sobre comunicação de más notícias no serviço de urgência encontrou um conjunto diverso de significados atribuídos, nomeadamente: doença; gerador de sentimentos; notícia com impacto negativo na vida

pessoal e familiar; mau prognóstico; morte; internamento; necessidade; situação de fase terminal; transferência de um utente; recusa de transporte (...).

Tipo de má notícia

Após a análise de dados podemos constatar que a opinião dos participantes é unânime no que diz respeito ao tipo de má notícia comunicada nesta unidade de cuidados continuados. Todos, sem excepção, identificam a morte e agudização da situação clínica como tipo de má notícia, e um participante acrescenta a este dois tipos a doença grave e a perda de autonomia.

Mesmo sendo num contexto de estudo diferente (serviço de urgência), Carneiro (2017) verificou que o tipo de má notícia mais frequentemente comunicada, vai de encontro ao nosso estudo, pois também se prende com a morte, o mau prognóstico; a necessidade de internamento e situação de fase terminal.

Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros na comunicação de uma má notícia.

Relativamente aos sentimentos experienciados, os participantes relatam uma certa diversidade sendo o mais relatado a tristeza, mas também a angústia, o alívio, a ansiedade, o medo, a insegurança, a frustração, a satisfação e até mesmo a paz.

Estes sentimentos reflectem o que nos refere Pereira (2008) ao afirmar este é um dos momentos mais perturbadores no desempenho do profissional no que concerne às relações interpessoais, o que pode levar ao afastamento do enfermeiro destas situações.

Serra (2006), no sentido de minimizar alguns sentimentos emergentes, como sejam a angústia e o desespero, o profissional deve compreender a comunicação como um ato improvisado e que deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão. Este autor refere que o processo de transmissão de MN pode tornar-se demasiado “pesado” para o profissional envolvido.

Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para comunicar uma má notícia.

Pela análise dos discursos pode observar-se que os enfermeiros, quando comunicam uma má notícia, não seguem nenhum modelo de actuação específica uma vez que comunicam a Má Notícia de forma individual adequando a cada doente/família.

Deste modo foi possível obter um conjunto de variadas estratégias mobilizadas pelos participantes para comunicar más notícias tais como, uma relação de confiança, criar empatia, respeitar, ser sensível, dar conforto, estar calmo, adaptar discurso, utilizar tom de voz suave, dar tiros de aviso e ao mesmo tempo ser honesto(a), ser directo(a),

ser objectivo(a), se possível realizar preparação antecipada para a perda e caso haja um colega com mais creditação ou melhor relação empática há um participante que refere que se deve solicitar apoio de outro profissional.

Na opinião de Fonseca (2012) os enfermeiros transmitem a má notícia aos familiares, sempre com a preocupação em estabelecer uma relação de ajuda, interagindo com estes transmitindo calma e tranquilidade para enfrentar o momento. A transmissão de más notícias torna-se por si uma actividade difícil no desempenho do enfermeiro, já que a má notícia surge de forma súbita e trágica para aquela família e o profissional tem que gerir todo o processo, quer a situação de crise em que a família se encontra, quer a sua própria situação como pessoa e profissional.

De acordo com Sousa (2013, p.107) “na preparação do ambiente salientam-se o encaminhamento para um local mais resguardado, apesar de inadequado como verificamos anteriormente, a selecção dos profissionais que devem comunicar a notícia e a identificação do receptor da mensagem”

Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias.

Ao longo da análise dos dados obtidos podemos verificar que os participantes enunciaram um conjunto de factores que interferem na comunicação de más notícias como sendo facilitadores ou como dificultadores da comunicação de má notícia. Estes podem relacionar-se com o tipo de comunicação, com a situação de doença, com o doente/família ou com o Enfermeiro. Estes dados sugerem que todos os participantes têm especial cuidado em tentar perceber como a má notícia afectará o doente e a sua família.

Esta preocupação e comunicação destes factores é importante, pois como referem Muller (2002) e Vandekief (2001) a vida de uma pessoa doente pode ser diminuída não apenas pelos actos, mas também pelas palavras, deste modo é de extrema importância respeitar e evitar todas as coisas que tenham a tendência de desencorajar o doente e deprimir seu espírito.

Segundo Muller, 2002, Os factores mais importantes para os doentes quando recebem más notícias são as competências do profissional, sua honestidade, atenção, o tempo, um diagnóstico directo e compreensível e o uso de uma linguagem clara. Já os familiares buscam privacidade, uma atitude positiva do médico, sua competência, clareza e tempo.

Embora o seu estudo seja direccionado para a comunicação de más notícias em contexto de morte inesperada, Sousa (2013, p.105) observou que “a inadequabilidade do

ambiente físico, foi salientado pela maioria dos enfermeiros, sendo expressa a necessidade de existir um espaço adequado e devidamente preparado para a comunicação das más notícias”

Ademais a falta de habilidade de comunicação dos profissionais pode afectar a satisfação, adesão ao tratamento, qualidade de vida e o resultado do tratamento de seus pacientes (Farber, 2002).

No que refere aos factores relacionados com o doente/família destaca-se a satisfação da família, a idade do doente, a receptividade do doente/família para receber a má notícia, o conhecimento do doente/família da situação clínica, a resiliência do doente/familiar, a ajuda antecipada para a perda, a negação do doente/família, a incerteza da reacção do doente/família e a personalidade do doente/família.

Como refere Medeiros e Lustosa (2011, p. 220), “a morte de uma criança é uma experiência emocional mais intensa que a morte de um adulto. Também a morte súbita é mais traumática do que a morte por doença prolongada”.

No que concerne aos factores relacionados com o Enfermeiro, os participantes mencionam a falta de disponibilidade, a inexistência de relação prévia á doença, a presença de pessoas significativas/família.

Sousa (2013, p.104) verificou no seu estudo que um dos factores que interferem no processo de comunicação de más notícias é a falta de tempo, referindo que “a complexidade do processo de comunicação da má notícia no contexto de morte inesperada num serviço de urgência, exige tempo, não só na sua transmissão, mas fundamentalmente na organização de todas as fases, desde a preparação do ambiente até ao apoio e encaminhamento posterior da família. Os informantes evidenciam na generalidade a escassez de tempo para este processo”

Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias

Este estudo também nos permitiu perceber as sugestões dos enfermeiros para melhorar o processo de comunicação. Pelos discursos dos participantes estas sugestões prendem-se com: a formação específica na área da comunicação de más notícias; ser compreensivo; a existência de conferências familiares e o conhecimento prévio da situação do doente.

Apesar de na actualidade existir uma maior atenção e investimento na formação nesta área, é importante que esta seja acompanhada de um treino apropriado.

O desconforto e incerteza, associados às dificuldades de dar as más notícias, podem levar os profissionais de saúde a um afastamento emocional de seus doentes. Apesar de ser um tema importante para a prática clínica e possuir guias para vários grupos profissionais (Vandekief, 2001) a forma de dar más notícias não está baseada em evidências científicas. A eficácia clínica de muitas recomendações não foi empiricamente demonstrada – menos de 25% das publicações sobre como dar más notícias são baseadas em estudos originais e estes estudos comumente têm limitações metodológicas. Muitos estudos têm demonstrado, no entanto, que uma educação focada no desenvolvimento de habilidade em dar más notícias pode contribuir para minimização desse hiato (Vitorino [et. al]).

Para Hesbeen (2000) a formação está inerente à existência humana facilitando a descoberta das suas potencialidades, referindo que a formação contínua “é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida”.

Também Pires (2002) refere que as aprendizagens que são realizadas no âmbito do trabalho são fundamentais para o indivíduo e para organização, existe uma aquisição de saberes e de saberes-fazeres necessários para a prática contribuindo para o desenvolvimento e evolução do profissional.

Barbieri (1992) refere que a formação em situações de trabalho é fundamental, porque permite explicitar acções, processos e planear os passos conduzindo a um resultado que combina as transformações da produção com as identitárias.

Os enfermeiros possuem competências que lhes permitem mobilizar conhecimentos, saberes aprendidos em situações concretas, possibilitando o desenvolvimento de capacidades para se auto reciclarem, sendo este um processo resultante da formação contínua (Lourenço,2005).

Por fim na perspectiva de Xavier (2002) os enfermeiros só conseguirão o êxito no desempenho do seu papel se procurarem informação e assegurarem a actualização da sua prática de comunicação. Um bom comunicador requer larga formação para aquisição das perícias exigidas, assim, é necessário aumentar a formação sobre competências de comunicação, e nomeadamente sobre comunicação de más notícias, para que os profissionais de enfermagem se tornem bons comunicadores e utilizadores de tecnologias de informação.

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

Pode-se denotar após a realização deste trabalho que a comunicação é de uma importância extrema, principalmente. Principalmente quando se fala de notícias de um carácter mais delicado (fim de vida, dor, sofrimento, morte, entre outros). A sua comunicação pode ser particularmente complexa e penosa quer para o profissional, quer para a família e o doente. Assim sendo, este tipo de comunicação deve ser assertiva de modo a fortalecer as relações interpessoais favorecendo assim a aceitação de uma má notícia.

A maioria dos profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com o sofrimento do doente, sendo a comunicação da má notícia uma tarefa extremamente complexa. Sabe-se que este transtorno está relacionado com os seus medos, a falta de suporte e formação (Nonino [et. al], 2012).

Partilhando destas dificuldades foi realizado este estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, realizado junto de enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados integrados. A recolha de dados efectuada através da entrevista semiestruturada permitiu-nos obter um conjunto de resultados a partir dos quais emergiram as seguintes conclusões:

- Os participantes deste estudo consideram uma má notícia, uma informação desagradável, de uma condição diferente que tem um impacto emocional no doente e um impacto nas actividades da vida diária. O tipo de má notícia mais comunicada incide sobre um diagnóstico de doença grave, a perda da autonomia, a agudização de uma situação clínica e a morte.

- Existe uma diversidade de sentimentos vivenciados pelo enfermeiro durante o processo de transmissão de más notícias nomeadamente a tristeza e a ansiedade, assim como a angústia, o alívio, o medo, a insegurança, a frustração, a satisfação e paz.

- A forma como a má notícia é comunicada deve ter em atenção diferentes aspectos, exigindo sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino dos profissionais de saúde. Para o efeito, os enfermeiros que participaram no estudo apontaram um conjunto de estratégias que mobilizam, tais como: a necessidade de criar empatia, ser objectivo, utilizar um tom de voz calmo, ser sensível e respeitoso, estar calmo, ser honesto, ser directo, dar conforto, dar “tiros de aviso”, adaptar o discurso ou solicitar o apoio de um outro profissional.

- Do discurso dos participantes emergiram um conjunto de factores - facilitadores e dificultadores - que interferem no processo de comunicação de más notícias e que se

relacionam com o modo de comunicação, com a situação de doença, com o doente/família e com o Enfermeiro.

- Os factores relacionados com o modo de comunicação referem-se à empatia e confiança, á linguagem, á promoção da escuta activa, o ambiente e a comunicação de má notícia pelo telefone. Quanto aos factores relacionados com a situação de doença foram mencionados, a gravidade da situação clínica e situação inesperada. Relativamente ao factores relacionados com o doente/família, foram referidos a satisfação da família, a idade do doente, a receptividade do doente/família para receber a má notícia, o conhecimento do doente/família da situação clínica, a resiliência do doente/familiar, a ajuda antecipada para a perda, a negação do doente/família, a incerteza da reacção do doente/família e a personalidade do doente/família. Por fim, os factores relacionados com o Enfermeiro remetem para a falta de disponibilidade, a inexistência de relação prévia á doença, a presença de pessoas significativas e a presença da família.

- Como sugestões para melhorar a intervenção na comunicação de más notícias surge a formação contínua nesta área, conferências com os familiares com o intuito de melhorar o processo de comunicação de más notícias e ser mais compreensivo.

A realização deste estudo evidencia a complexidade da temática escolhida e mostra a complexidade do processo de comunicação e da dificuldade que o ser humano tem em lidar com o anúncio da doença e da morte e é uma pequena pedra na construção de um caminho que começa a ser construído.

Ao finalizar, quanto às perspectivas futuras, esperamos que todo o trabalho desenvolvido se constitua uma base de reflexão/consciencialização para quem, se interessa por esta área. Esperamos que o estudo possa contribuir para uma melhor intervenção dos enfermeiros e nesse sentido, favorecer a qualidade de cuidados de saúde prestados. Desejamos ainda que este estudo promova a reflexão e discussão construtiva para o desenvolvimento de competências na área de comunicação de más notícias.

Por fim, consideramos que seria interessante desenvolver este estudo noutra unidade de cuidados continuados Integrados, noutra região do país e assim, perceber eventuais diferenças e semelhanças.

Apesar de algumas dificuldades, nomeadamente na recolha de dados, uma vez que os participantes se encontravam envolvidos na dinâmica do serviço, interferindo na disponibilidade para a entrevista o que foi ultrapassado com o reagendamento destas e

das limitações associadas à nossa pouca experiência na investigação, acreditamos, que o trabalho desenvolvido foi importante para refletir, analisar e crescer a nível pessoal e profissional.

Referências Bibliográficas

ALLSOP, Judith – *Health policy and the NHS towards 2000*. London: Longman, 1995. ISBN 9781317900351

ANDRADE, Cristian; COSTA, Solange Fátima; LOPES, Maria Emília - Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Colectiva*. ISSN 1413-8123. Vol. 18, nº. 9 (2013), p. 2523-2530

ARAÚJO, Mónica Martins.; SILVA, Maria Júlia – A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. ISSN 0080-6234/2007, vol.41, nº4 (2007), p. 668-674.

BARBIER, Jean Marie – La recherche de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail. *Education Permanente*. Paris. ISSN 0339-7513. nº 112, (1992), p.125-146.

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8. p.511

BASTOS, Barbara Rafaela [et al]- Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol. 62, nº. 3 (2016), p. 263-266.

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008. ISBN: 978-972-44-1506-2

BISCAIA, André Rosa [et al.] - *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. 2.º Edição revista e actualizada, com um novo capítulo " a Reforma de 2005/4 dos Cuidados de saúde Primários em Portugal". Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008. ISBN 978-989-8160-11-9

BRUGGER, Walter - *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Ed. Herder, 1969

BUCKMAN, Robert; KASON, Yvonne – *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. [s.l.]: Johns Hopkins University Press, 1992. ISBN-13: 978-0801844911

CARBONI, Rosadélia Carboni; REPETTO, Maria ângela - Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol.9, nº 1,(2007), p.251-260

COOPER, Donald; SCHINDLER, Pamela – *Métodos de pesquisa em administração*. 12ª ed. [s.l.]: McGraw Hill, 2016. ISBN 9788580555721

DECRETO-LEI nº 101/06. DR I Série A (2006-06-06) 3856 –3865.

DOYLE, Derek et al (2005) – *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford University Press, p.1244. ISBN: 13978-0-19-856698-4

FERRELL, Betty ; COYLE, Nessa. – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN: 978-0-19-539134-3. p.1408.

FIELDING, Richard (1995) – *Clinical Communication Skills*. Hong Kong: Hong Kong University Press, p.333. ISBN: 962 209 371 X

FONSECA, Rita do Rosário de Jesus Antunes - *Comunicação de más notícias em contexto de urgência*. Coimbra: [s.n.], 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

FORTIN, Marie Fabienne – *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 978-972-8383-10-7.

FORTIN, Marie Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

GALVÃO, Ana Maria; VALFREIXO, Maria; ESTEVES, Marina- *Livro de Atas do II Seminário Internacional de Inteligência Emocional*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2015

GOLDENBERG, M. – *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004. ISBN 85-01-0496

GONCALVES, Ângela Carina Ramos – *Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a bioética na relação: um estudo exploratório*. Lisboa: [s.n]. 2013. Dissertação apresentada à Universidade de Lisboa.

GONCALVES, Ana – *Estudo da adequação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados às necessidades da população: O Conhecimento da realidade como instrumentos de apoio á gestão*. Bragança: [s.n]. 2013. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

KOVÁCS, Maria Júlia - Bioética nas questões de vida e morte. *Psicologia USP*. Vol.14 , nº2 (2003), p. 115-167.

LOURENÇO, D. - *O Tutor: Que Competências? Estudo de Caso sobre as Competências Profissionais do Tutor na Orientação do Estudante em Ensino Clínico de Enfermagem*. Coimbra: [s.n.], 2005. Dissertação de Mestrado, área de Pedagogia Universitária apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências e Educação de Coimbra

LOURO, Maria Clarisse Carvalho Martins – *Cuidados continuados no domicílio*. Porto: [s.n]. 2009. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MACHADO, Karina; PESSINI, Leo; HOSNE; William Saad- A formação em cuidados paliativos da equipa que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos*. vol. 1, nº1 (2007), p.34-42.

MACIEL, Maria Goretti Sales - Definições e princípios. In OLIVEIRA, Reinaldo Ayer – *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. ISBN 978-85-89656-15-3

MARQUES, Adriana; NUNES, Joana – *Evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*. [em linha]. [s.l.:s.n.], 2008. Disponível em WWW: http://clinicauniversitariaradiologia.pt/area_tecnica/evolucao%20do%20sns.pdf

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice - A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Vol 14, nº2 (2011), p. 203-227.

MOREIRA, Daniel Augusto – *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002. ISBN: 85-221-0262-7

MOURA, Bruno Pais - *O Impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados na demora média hospitalar*. Lisboa: [s.n.] 2014. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Saúde apresentada na Universidade Nova de Lisboa

MULLER, Paul - Breaking Bad news to patients: The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate Medicine*. Vol. 112, nº 3 (sep. 2002), p.15-66.

NUNES, Lucília – *E quando eu não puder decidir?* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016. ISBN: 978-989-8838-69-8. p.45-52.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Gabinete Regional para a Europa – *As metas da Saúde para todos*. Copenhaga: OMS, 2000

PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues – *Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: Editora da Universidade de S. Paulo, 1999. ISBN: 85-314-0523-8

PEREIRA, Maria Aurora – *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Edições Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4. p.30-55.

PESSINI, Leo. - Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*. vol 10, nº 2 (2002), P. 51-72.

PIMENTA, C.; MOTA, D.; CRUZ, D. (2006) – *Dor e Cuidados paliativos*. Barueri: Editora Manole, p.498. ISBN: 85-204-2403-1

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa: [s.n.], 2002. Dissertação de Doutoramento apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITAO, Ilse Maria Tigre; RAMOS, Islane Costa– Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.61, nº 3, (2008), p. 312-18

GONZALEZ REY, Luís – *Pesquisa qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson, 2002. ISBN: 85-221-0267-8

RIBEIRO, Raquel Alexandra Rodrigues – A Transmissão de más notícias na perspectiva do Enfermeiro. Lisboa: [s.n.], 2013. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

SÁ, José Alberto Fernandes – *As intervenções do Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados perante a Dor Crónica do Doente Paliativo*. Viana do castelo: [s.n.], 2014. Tese de mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar - *Metodologia de pesquisa*. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

SANTOS, Claicy Kelly da Costa [et al] - Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Ciência Saúde*. Vol 18, nº 1, (2014), p. 63-72.

SERRA, Joana; ALBUQUERQUE, Emília - A transmissão de más notícias: uma reflexão. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. vol. 28, nº. 1 (Jan.-Mar. 2007), p. 75-82

SILVA, Maria Júlia Paes – Falando da Comunicação. In AYER, Oliveira Reinaldo - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), 2008. ISBN 978-85-89656-15-3

SILVA, Valéria Costa; ZAGO, Márcia Maria Fontão – A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. ISSN 0034-7167. Vol.58, n.4 (2005) p. 476-480.

SIMÕES, Jorge – *Retracto Político da Saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina, 2004. ISBN 9789724023427

SOUSA, Judite (2009) – *A Vida é um Minuto o poder e a imagem*. Alfragide: Oficina do livro, p.151. ISBN: 978-989-555-489-8

SOUSA, Samuel Sampaio de - *A comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada*. Viana do Castelo: [s.n.], 2013. Tese de mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

VANDEKIEF, Gregg - Breaking Bad News. *American Family Physician*. Vol.64, nº 12 (Dec. 2001),p.1975-1979

VICTORINO, Alessandra Begatti, [et al] – Como dar más notícias: uma revisão bibliográfica. *Revista SBPH*. Vol 10, nº 1 (jun. 2007), p. 53-63.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Home-based long-term care: WHO Technical Report Series*, 898. Geneva: WHO, 2000. ISBN 92 4 120898 8

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Prevenção das Doenças Crónicas: um investimento Vital*. [s.l.]: OMS, 2005.

XAVIER, Sandra - A comunicação na arte de cuidar. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN0872.8844. Nº. 42 (Maio 2002), p. 50-53

<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>

<http://www2.acss.min>

<http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados>

<http://edgardiogo.blogspot.com>

<http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

<http://www-acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man Prestador UMCCI-RNCCI.pdf>

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

ANEXOS

Anexo I
(Guião da entrevista)

I Parte - Acolhimento	
Objectivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objectivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Idade_____ • Género <div>Feminino</div> <div>Masculino</div> • Formação académica <div>Licenciatura</div> <div>Especialidade_____</div> <div>Mestrado_____</div> <div>Doutoramento em _____</div> <div>Outra_____</div> • Tempo de serviço_____ • Tempo de serviço na Unidade _____

GUIÃO DA ENTREVISTA

III Parte – Objectivos/questões orientadoras	
Objectivos Específicos:	Questões orientadoras
<ul style="list-style-type: none"> Identificar o significado de má notícia para os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados; 	<ol style="list-style-type: none"> O que significa para si uma má notícia? Quer partilhar uma experiência de comunicação de má notícia enquanto enfermeira/o numa Unidade de Cuidados Continuados?
<ul style="list-style-type: none"> Descrever o tipo de má notícia que é comunicada numa unidade de Cuidados Continuados; 	<ol style="list-style-type: none"> Que tipo de más notícias são comunicadas mais frequentemente nesta Unidade de Cuidados Continuados?
<ul style="list-style-type: none"> Perceber os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros quando comunicam uma má notícia numa Unidade de Cuidados Continuados; 	<ol style="list-style-type: none"> Que sentimentos vivência aquando da comunicação de uma má notícia nesta Unidade de Cuidados Continuados?
<ul style="list-style-type: none"> Identificar as estratégias que os enfermeiros mobilizam para comunicar más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados; 	<ol style="list-style-type: none"> Que estratégias mobiliza para comunicar uma má notícia nesta Unidade de Cuidados Continuados? Que habilidades comunicacionais utiliza ou considera necessárias?
<ul style="list-style-type: none"> Identificar os factores que interferem no processo de comunicação de más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados; 	<ol style="list-style-type: none"> No processo de comunicação de o que considera como: <ol style="list-style-type: none"> Factores facilitadores? Factores dificultadores? Quer apresentar sugestões que possam contribuir para melhorar o processo de comunicação de más notícias?

Anexo II

(Pedido de autorização para realização do estudo)

Raquel José Andrade de Sousa Cunha

[REDACTED]

[REDACTED]

A/C

Exmo. Senhor Doutor [REDACTED]

Director da [REDACTED]

[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de uma dissertação para obtenção do título de Mestre.

Exmo. Senhor Director,

Eu, Raquel José Andrade de Sousa Cunha, portadora do Cartão de cidadão com o nº 12477336, a exercer funções de enfermeira na unidade acima referida, encontro-me inscrita no IV Mestrado em Cuidados Paliativos no Instituto Politécnico de Viana de Castelo - Escola Superior de Saúde.

Para obtenção do título de Mestre, necessito realizar uma dissertação, intitulada: “ A comunicação de más notícias numa unidade de cuidados continuados: perspectiva dos enfermeiros”, sob orientação da Professora Doutora Maria Aurora Pereira, e venho por este meio pedir-lhe autorização para a realizar na unidade na qual trabalho, pois penso que a obtenção deste título será útil à Instituição, uma vez que me aportará mais conhecimentos da área sobre a qual trabalho na unidade, permitindo-me assim realizar um trabalho ainda mais completo e reflectido, podendo assim trazer novas ideias à Instituição para continuar a prestar serviços de qualidade.

Antecipadamente agradeço a atenção dispensada ao meu pedido, estando disponível para qualquer esclarecimento que necessite.

[REDACTED] 22 de Novembro de 2017

Anexo III

(Autorização da Comissão de Ética instituição à solicitação de realização do estudo)

COMISSÃO DE ÉTICA

Para: Direcção do

Lisboa, 29 de Janeiro de 2018

Ref

Assunto: Parecer sobre o estudo intitulado "A comunicação de más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados: A perspetiva do enfermeiro".

Exmos. Srs.

A Comissão de Ética do reunida no dia 23 de Janeiro de 2018, avaliou o pedido de parecer sobre o estudo intitulado "A comunicação de más notícias numa Unidade de Cuidados Continuados: A perspetiva do enfermeiro", a realizar por Raquel Cunha, na

Relativamente a este pedido, a comissão não tem nenhuma objecção a nível ético. Por este facto, pode ser dada autorização de realização. Será, no entanto, necessário que a Investigadora clarifique o método de recolha de informação, enviando a esta comissão o projeto com essa retificação.

Sem outro assunto de momento, apresento os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética


Doutora

Comissão de Ética

Anexo IV
(Tabela de redução de dados)

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Significado de Má Notícia	Informação desagradável		(...) <i>“Uma má notícia para mim significa ter de dizer a alguém alguma coisa desagradável, ou seja, alguma coisa que vai provocar uma sensação desagradável, desconfortável “ (...) E1</i>
	Informação com impacto emocional		(...) <i>“Uma má notícia para mim significa ter de dizer a alguém alguma coisa (...) que vai mexer emocionalmente com alguém” (...) E1</i> (...) <i>“Para mim uma má notícia é algo que nos provoca dor e sofrimento” (...) E2</i> (...) <i>“É algo que produz sensações desagradáveis como o medo, a ansiedade, a insegurança” (...) E3</i> (...) <i>“Para mim uma má notícia é uma notícia que vai provocar algum sentimento mau de angústia ou sofrimento á pessoa que o vai receber” (...) E4</i> (...) <i>“Uma informação que cria ansiedade” (...) E6</i>
	Informação de uma condição diferente		(...) <i>“A informação de uma condição diferente (neste caso relacionado com o utente), que poderá necessitar do estabelecimento de uma relação de ajuda profissional-utente-família, na preparação de estratégias adaptativas a essa condição” (...) E5</i>
	Informação com impacto nas actividades de vida diária		(...) <i>“Uma informação que (...) destabiliza a rotina” (...) E6</i>

Tipo de má notícia comunicada pelos Enfermeiros	Morte		<p>(...) “Infelizmente já tive várias vezes de comunicar más notícias enquanto enfermeira, uma das muitas que já me aconteceu foi ter de comunicar a um filho muito presente o falecimento do pai.... (Silêncio), foi muito difícil dado que este filho se encontrava em negação do estado de saúde do pai” (...) “A mais frequente é sem dúvida o falecimento/morte” (...) E1</p> <p>(...) “Enquanto enfermeira na UCC já tive de partilhar más notícias. Informar cuidadores da morte do seu familiar (...) As más notícias mais comunicadas são (...) morte do doente” (...) E2;</p> <p>(...) “o seu falecimento” (...)E3;</p> <p>(...) “Uma má notícia que já tive de partilhar foi a morte de um utente aos familiares que não estavam minimamente preparados para que tal facto acontecesse” (...) As más notícias que mais frequentemente são comunicadas na unidade são a morte” (...) E4;</p> <p>(...) “A comunicação da morte, quanto esta não estava “prevista” é de facto uma vivência muito constrangedora” (...) E5</p> <p>“Situação de morte (...)” E6</p>
	Doença Grave		<p>“Penso que as más notícias relacionadas com doença grave incurável ou com a morte são usuais no contexto de cuidados continuados.(...) ”E5</p>
	Agudização da situação clínica		<p>(...) “a agudização do estado de saúde também acontece muito” (...) E1</p> <p>(...) “As más notícias mais comunicadas são a agudização” (...) E2;</p> <p>(...) “O agravamento do estado de saúde dos utentes” (...) E3;</p> <p>(...) “As más notícias que mais frequentemente são comunicadas na unidade onde laboro (...) a agudização do utente e consequentemente o envio ao SU” (...) E4</p> <p>(...) “o agravamento do estado de saúde/doença” (...) E5</p> <p>“Situação (...) de agudização.” E6</p>
	Perda de autonomia		<p>(...) “a perda de autonomia” (...) E5</p>

Sentimentos experienciados pelos Enfermeiros	Tristeza		(...) <i>"Bem... a tristeza, "(...) E1; " Tristeza, (...). "E2 (...) "Quando noticio uma má notícia vivencio emoções como a tristeza" (...) E4; " (...), tristeza (...)."E6</i>
	Angustia		(...) <i>"Bem... angustia" (...) E1</i>
	Alívio		(...) <i>"Bem... alívio no sentido de que acabou o sofrimento e está em paz" (...) E1</i>
	Ansiedade		(...) <i>"A ansiedade" (...) E3 (...) "Quando noticio uma má notícia vivencio emoções como a ansiedade" (...) E4; (...) "O facto de tentar contactar e não conseguir criou uma grande ansiedade em mim" (...) E6</i>
	Medo		(...) <i>"o medo" (...) E3</i>
	Insegurança		(...) <i>"a insegurança" (...) E3</i>
	Frustração		(...) <i>"Quando noticio uma má notícia vivencio emoções como frustração (...) impotência" (...) E4</i>
	Satisfação		(...) <i>"No geral, e apesar das dificuldades, sinto-me satisfeito por participar positivamente neste processo" (...) E5</i>
	Paz		(...) <i>"paz" (...) E6</i>

Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros	Ser objectivo (a)		(...) “Eu acho que devemos ser (...), objectivos em relação á informação que damos” (...) E1 (...) “Acho necessário (...) clareza nas palavras e empatia com quem está a receber a notícia” (...) E2 (...) “Transmito a informação adequada” (...) A relação de confiança com o utente/ família e a comunicação (...) objectiva” (...) E3
	Ser sensível		(...) “Eu acho que devemos ter sensibilidade” (...) E1 (...) Ser sensível (...) E4
	Respeito		(...) “Eu acho que devemos ter respeito” (...) E1
	Utilizar tom de voz suave		(...) “No momento de comunicar uma má notícia tento utilizar uma voz suave” (...) E2 (...) “ Considero que é fulcral que a comunicação seja clara e suave ao mesmo tempo não colocando a outra pessoa em expectativa. A comunicação tem de ser aberta e feita num ligar calmo sem interferências externas” (...) E4
	Dar Conforto		(...) “No momento de comunicar uma má notícia Tento dentro dos possíveis confortar a pessoa” (...) E2 (...) “o uso de palavras que trazem conforto” (...) E6 É confortada quando digo que foi uma situação que não provocou sofrimento, estava em paz” (...) E6
	Estar Calmo(a)		(...) “No momento de comunicar uma má notícia tento encontrar-me calma” (...) E2
	Ser honesto(a)		(...) “sendo honesta” (...) E3
	Promover uma relação de confiança		(...) “promovendo uma relação de confiança entre utente/enfermeiro” (...) A relação de confiança com o utente/ família e a comunicação clara e objectiva” (...) E3

	Ser Directo(a)		(...) “As estratégias que uso são á comunicação directa sem rodeios” (...) E4
	Criar empatia		<p>(...) “Acho necessário ter calma, clareza nas palavras e empatia com quem está a receber a notícia” (...) E2</p> <p>(...) “As estratégias que uso é empatia mas como geralmente estas notícias são comunicadas por telefone não fica fácil criar uma relação directa de apoio mas tento apoiar e colocar me no papel de quem recebeu a má notícia” (...) E4</p> <p>(...) “A escuta activa, a relação empática, a presença, a relação de ajuda, a relação terapêutica e o toque” (...) E5</p> <p>(...) “Empatia (...) escuta activa” (...) E6</p>
	Solicitar apoio de outro profissional		(...) “Se existir algum elemento da equipa que reconhecidamente tenha uma relação mais próxima do utente/família, solicito apoio para a comunicação da má notícia” (...) E5
	Preparação antecipada para a perda		(...) “Quando prevejo que a curto prazo será necessário comunicar uma má notícia, tento preparar antecipadamente utente/ família para esse facto” (...) A relação de ajuda pré-existente” (...) “a preparação prévia do utente/família para a alteração da condição” (...) E5
	Dar “tiros de aviso”		(...) “Quando entro em contacto com a família não informo directamente a má notícia – situação de morte, questiono se está acompanhado e refiro que não tenho boas notícias para dar. As pessoas percebem pelo discurso o que vou transmitir. A estratégia adoptada é levar a pessoa a deduzir o que vou comunicar.” (...) E6
	Adaptar discurso		(...) “Tento adaptar o discurso às necessidades de cada família, ou seja tento ir ao encontro das suas expectativas” (...) E1

Factores que interferem no processo de comunicação de más notícias	Relacionados com o modo de comunicação	Empatia e confiança	(...) <i>“Empatia com a família”</i> (...) E1 (...) <i>“a existência de uma relação de confiança”</i> (...) E6
		Linguagem	(...) <i>“A linguagem adequada com vocabulário que seja de fácil compreensão para utente/família”</i> (...) E3 (...) <i>“A linguagem desadequada”</i> (...) E3
		Promoção da escuta activa	(...) <i>“saber escutar”</i> (...) E3
		Ambiente	(...) <i>“um ambiente físico adequado”</i> (...) E5 (...) <i>“as condições do meio envolvente como por exemplo ruído”</i> (...) E3 (...) <i>“O ambiente físico não preparado também pode ser um factor dificultador neste processo”</i> (...) E5
		Meio de comunicação - telefone	(...) <i>“ouvir através do telefone o desespero da outra pessoa e não poder fazer nada para ajudá-la naquele difícil momento”</i> (...) E2 (...) <i>“em caso se morte o facto de está ser comunicada na maioria das vezes via telefone”</i> (...) E4
	Relacionados com a situação de doença	Gravidade da situação clínica	(...) <i>“A natureza da noticia, ou seja quanto maior a gravidade, maior a dificuldade”</i> (...) E5
		Situação inesperada	(...) <i>“Uma noite faleceu uma senhora que não era expectável que essa situação acontecesse. Esperei até às 9h da manhã para comunicar ao marido...Este não atendeu, foram realizadas várias tentativas de contacto sem sucesso. Até que pelas 12h apareceu na unidade e sem esperar recebeu a notícia. O facto de tentar contactar e não conseguir criou uma grande ansiedade em mim”</i> (...) E6
	Relacionados com o doente/família	Satisfação da família	(...) <i>“Satisfação da família nos serviços prestados ao utente”</i> (...) E1
		Idade do doente	(...) <i>“Idade do doente”</i> (...) E1 (...) <i>“idade jovem do doente”</i> (...) E1
		Receptividade do doente/família para receber a má noticia	(...) <i>“Considero factores facilitadores quando o receptor da mensagem está preparado para a má notícia mas isto terá de ser um trabalho feito de uma forma prévia por toda a equipa”</i> (...) E4
		Conhecimento do doente/família da situação clínica	(...) <i>“É facilitador quando o utente ou família estão devidamente informados sobre situação do utente”</i> (...) E4

			<i>(...) “O facto de os familiares saberem qual a situação real do familiar internado” (...) E6</i>
		Resiliência do doente/família	<i>(...) “considero facilitador é a capacidade de resiliência do utente ou familiar” (...) E4</i>
		Ajuda antecipada para a perda	<i>(...) “A relação de ajuda pré-existente” (...) E5</i> <i>(...) “a preparação prévia do utente/família para a alteração da condição”(…) E5</i>
		Negação do doente/família	<i>(...) “Estado de negação da família e/ou utente do seu estado de saúde/doença” (...) E1</i> <i>(...) “A ausência de consciencialização da situação e encontrar pessoas em negação com uma esperança não real” (...) E6</i>
		Incerteza da reacção do doente/família	<i>(...) “Não saber qual a reacção que a pessoa vai ter” (...) E2</i>
		Personalidade do doente/família	<i>(...) “a personalidade dos intervenientes uma vez que é mais difícil comunicar com algumas pessoas” (...) E5</i> <i>(...) “muitas vezes em caso de comunicação de estado de saúde existem familiares que são muito opinativos e com ideia que sabem tudo da doença” (...) E4</i>
	Relacionados com o enfermeiro	Falta de disponibilidade	<i>(...) “a falta de disponibilidade/tempo” (...) E3</i> <i>(...) “Factores dificuldades, considero a falta de tempo para apoiar e empatizar com o utente/familiar estabelecer uma comunicação mais clara e menos científica para que desta forma a mensagem seja mais perceptível” (...) E4</i>
		Inexistência de relação prévia á doença	<i>(...) “ausência de relação prévia” (...) E5</i>
		Presença de pessoas significativas/família	<i>(...) “a presença de pessoas significativas por exemplo, profissionais, amigos, familiares” (...) E5</i> <i>(...) “Quando a família é muito presente” (...) E1</i>

Sugestões dos Enfermeiros para melhorar o processo de comunicação de más notícias	Ser compreensivo		(...) <i>“Tentar sempre ter um papel reconfortante e compreensivo com o familiar que recebe a notícia” (...) E1</i>
	Formação na área da comunicação de más notícias		(...) <i>“... não sei.... talvez a existência de mais formação nesta área.” E3</i> (...) <i>“A existência de formação para todos os profissionais que tem de comunicar mas notícias, a comunicação entre a equipa multidisciplinar de modo a encontrar estratégias para que todos possam seguir uma linha orientadora para comunicar más notícias e a experiência profissional” (...) E4”</i> (...) <i>“Formação” (...) E5</i>
	Conferências familiares		(...) <i>“conferências entre a equipa e os utentes/família” (...) E5</i>
	Conhecimento prévio		(...) <i>“A pessoa que transmite tem que estar segura acerca do que vai dizer e deve conhecer a pessoa a quem transmite a notícia” (...) E6</i>
	Sem sugestões		(...) <i>“Não me ocorre nada no momento.” E2</i>

Anexo V
(consentimento informado)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Raquel José Andrade Sousa Cunha, aluna do IV Mestrado em Cuidados Paliativos no Instituto Politécnico de Viana de Castelo - Escola Superior de Saúde, pretendo realizar um estudo de investigação sobre “A comunicação de más notícias numa unidade de cuidados continuados: perspectiva dos enfermeiros”, sob orientação da Professora Doutora Aurora Pereira. Assim, surgiu a necessidade de recolher dados a enfermeiros prestadores de cuidados directos ao utente.

Nesse sentido, será pertinente esclarecer determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a. A informação recolhida será utilizada exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros;
- b. O trabalho destina-se a conhecer a vivência do enfermeiro ao transmitir uma má notícia;
- c. Os dados serão colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, escrita;
- d. A selecção dos informantes será de acordo com os critérios de elegibilidade;
- e. Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- f. A participação dos informantes é voluntária;
- g. A confidencialidade e a privacidade serão salvaguardadas;
- h. Após a conclusão do mestrado, os inquéritos serão destruídos, bem como o consentimento informado.

Compreendi as explicações que me foram transmitidas sobre o trabalho de investigação a desenvolver. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que considere pertinentes, tendo obtido resposta satisfatória e aceitando, por isso, participar no estudo.

Data: -----/-----/----- Assinatura do participante

Eu, Raquel José Andrade de Sousa Cunha, abaixo assinado, declaro que expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em causa e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: -----/-----/----- Assinatura da entrevistadora